







Neue Folge des Archivs für Dermatologie und Syphilis.

Vierteljahresschrift

für

Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

Prof. M'CALL ANDERSON, Prof. BAZIN, Dr. BERGH, Dr. BIDENKAP, Prof. BIESIADECKI, Dr. BURCHARDT, Prof. DUHRING, Prof. FRIEDREICH, Prof. GEBER, Prof. HEBRA, Prof. KAPOSI, Prof. KLOB, Prof. KÖBNER, Prof. LANDOIS, Prof. LANG, Prof. LEWIN, Prof. LIPP, Dr. LJUNGGREN, Dr. MICHAELIS, Prof. MOSLER, Prof. NEUMANN, Dr. OEWRE, Dr. PINCUS, Prof. REDER, Prof. RINDFLEISCH, Prof. v. RINECKER, Dr. SCHUSTER, Dr. SCHWIMMER, Prof. v. SIGMUND, Dr. SIMON, DDr. VEIEL, Prof. v. WALLER, Prof. WERTHEIM, Prof. WILSON, Prof. ZEISSL und anderen Fachmännern

herausgegeben von

Prof. Dr. F. J. Pick
Vorstand der Klinik für Hautkrankh. u. Syph. in
PRAG

und

Prof. Dr. H. Auspitz
Director der allgemeinen Poliklinik in
WIEN.

Dritter 1876. Jahrgang.

(Der Reihenfolge VIII. Jahrgang.)

Mit fünf lithographirten Tafeln und vier Holzschnitten.

Wien, 1876.

Wilhelm Braumüller

k. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

Aus den Verhandlungen ärztlicher Körperschaften.

Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Originalarbeiten.

Ueber die Lepra an der Riviera nebst Bemerkungen zur Pathologie der Lepra überhaupt.

Von
Heinrich Köbner,
Professor an der Universität zu Breslau.

Während meines Aufenthaltes in Mentone im letzten Winter brachte ich in Erfahrung, dass in Oberitalien, welches ich bisher aus wiederholten Besuchen seiner Krankenanstalten nur als Sitz der Pellagra kannte, sich auch noch Lepra vorfände, und dass in San Remo eine Leproserie eingerichtet sei. Alsbald begab ich mich dorthin und stieg, unter Führung des zweiten Anstaltsarztes, Dr. Aicardi, durch das hügelige Städtchen auf jene Höhe hinan, von welcher das ehemalige Kloster die herrliche Aussicht auf die Meeresbucht von San Remo und auf die Vorberge der Seealpen beherrscht. Erst seit 1858 ist dieses Gebäude von der italienischen Regierung restaurirt und nach seiner ursprünglichen und ausschliesslichen Bestimmung den Aussätzigen als Asyl eröffnet worden, welche bis dahin zerstreut in ihren Gemeinden lebten und eine kleine Staatsunterstützung erhielten. Die innere Einrichtung ist — unbeschadet der völlig beibehaltenen Kloster-Architektur mit ihren grossen, hohen Sälen — durchweg modern und auch das Altargemälde in der Kapelle des Hauses führt uns nicht, wie jene in manchen Leproserieen Norwegens, bis in das 12. Jahrhundert zurück, sondern ist von einem zeitgenössischen Maler in Mailand angefertigt und stellt, dem Sujet nach jenen gleich, den Schutzheiligen Lazarus in der Pflege Aussätziger dar. Die wenig bekannte Anstalt heisst: L'ospedale dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Das Gebäude enthält in 2 Stockwerken zur Zeit nur 48 Betten, nämlich 2 Säle mit je 20 Betten für Männer und

Frauen und 8 Betten in Separatzimmern. Seit der Amtszeit meines ärztlichen Führers aber (seit October 1873) war es immer nur mit 30 bis 40 Kranken belegt, und während in den ersten Jahren des Bestehens der Anstalt der jährliche Zugang an Aussätzigen 8—10 betrug, sind in den letzten $1\frac{1}{2}$ Jahren nur noch chronische Hautkranke (Eczem, Lichen, Prurigo, Acne aller Formen, Impetigo, Ecthyma, Pemphigus, Rupia, Purpura, Psoriasis, auch in ihrem dort noch als „Lepra vulgaris" gesondert diagnosticirten Stadium, Ichthyosis, Lupus, Scrophuliden, Hautkrebse, ein Fall von Elephantiasis Arabum, auch Pellagra [1]), soweit dasselbe ohne Geistesstörung verlief), aber kein einziger Fall von Aussatz mehr neu aufgenommen worden. Diese Thatsache ist sehr erfreulich, wenn man hört, dass dieses die einzige Leproserie in Oberitalien ist, erscheint aber besonders interessant, wenn man erwägt, dass nur drei Seitenthäler der Riviera di Ponente das ganze Contingent für diese Anstalt lieferten. Diese sind: das Val di Var, das sich unweit Nizza, Val di Nervia, das sich bei Ventimiglia und Val d' Oneglia, das sich bei dem gleichnamigen Städtchen an der ligurischen Küste öffnet. Aus den beiden erstgenannten stammte die Mehrzahl der Kranken. Diese je von einem, auf den Seealpen entspringenden Flusse durchströmten Thäler verlaufen von der Küste nord- und nordwestwärts, tief eingeschnitten zwischen den Alpen; sie sollen sich durch rauheres Klima, besonders durch kalte Nebel während eines grossen Theils des Jahres aufs Unvortheilhafteste von dem milden Klima entlang der Riviera unterscheiden. Ob die Beschaffenheit des dortigen Bodens irgend welche Besonderheiten darbietet, konnte ich nicht erfahren. Eine Erforschung jener Thäler, namentlich in geologischer und meteorologischer Hinsicht, wäre um so nothwendiger, als in keinem der beiden in San Remo selbst, noch auch in den vier bei Mentone ausmündenden — also zwischen Val di Var und Val di Nervia und fast parallel mit denselben liegenden — Seitenthälern, soweit ich dieselben durchstreift habe, Lepra vorkommt. Auch bestätigt Dr. Farina in Mentone,

[1]) Die Bezeichnung desselben als „lombardischer Aussatz", welcher man noch zuweilen begegnet, ist hiernach ganz unstatthaft.

dass in dem kleinen dortigen Stadthospitale so wenig wie in Mentone's nächster Umgebung seit seiner 25jährigen Amtirung jemals ein solcher Fall vorgekommen ist. Man muss sich nun zwar klar machen, dass mit den in dem Leprosenhause zu San Remo sich freiwillig einfindenden Kranken wohl nicht die Zahl aller im Lande, resp. in den κατ' ἐξοχὴν befallenen Districten zerstreuten Fälle völlig erschöpft sein dürfte; denn unbekannt ist in Italien die in Norwegen so bewährte Anstellung von sogenannten Inspections-Aerzten, welche das Land ad hoc bereisen, die Aussätzigen schon in den ersten Anfängen auffinden und den Leproserien überweisen müssen, — eine Einrichtung, durch welche auch erst brauchbare statistische Daten über die Verbreitung der Krankheit in Norwegen geliefert worden sind. Trotzdem ist es ganz zweifellos, dass wir vor einer an **diesem** Küstenstriche des mittelländischen Meeres im Aussterben begriffenen, einst daselbst enorm verbreitet gewesenen Volkskrankheit stehen, was mit den landläufigen Angaben in den neuesten Lepra-Monographien, wie in derjenigen von Liveing [1]) und Handbüchern, wie dem von Hebra und Kaposi, im Widerspruche steht. Selbst in solchen Ortschaften, welche, wie das auf der Landstrasse von Mentone nach Nizza, oberhalb Monaco (etwa 1500 Fuss hoch) liegende Turbia, früher wegen ihrer zahlreichen Aussatzkranken übel berüchtigt waren, findet man heute Nichts mehr davon. Dr. Farina hat zuletzt im Jahre 1852 zwei lepröse Geschwister von 13 und 14 Jahren daselbst gesehen, ohne übrigens erfahren zu können, ob deren vor längerer Zeit gestorbene Eltern auch aussätzig gewesen seien.

Wenn wir nun der Ursache des allmählichen Erlöschens der Lepra an diesem Littorale näher zu treten versuchen, so drängt sich uns hier vieles Andere eher auf, als die Hypothese J. van Someren's [2]), des Arztes am Leprahospital zu Madras, welcher das völlige Erloschensein der Krankheit in Grossbritannien, wo bekanntlich im 13. Jahrhundert 111 Leproserien bestanden und jetzt keine einzige mehr, ausschliesslich

---

[1]) Elephantiasis Graecorum or the true leprosy. London. 1873.

[2]) Med. Times and Gaz. March 28. April 4. 18. 1874.

auf die Hebung des Wohlstandes der Bevölkerung zurückführt; denn die Aermlichkeit derselben in dem genannten Turbia und vielen anderen ehemaligen Stätten des Aussatzes an dieser Küste liegt noch heute offen zu Tage. Vielmehr müssen hier noch andere Factoren, wie die Freizügigkeit, die schon in dem relativ kurzen Zeitraume der letzten fünfzig Jahre erheblich veränderte Bebauung des Bodens längs des Südabhanges der Seealpen, möglicher Weise auch die Errichtung der in Rede stehenden Leproserie selbst in Betracht kommen.

Die Insassen dieser Anstalt sind durchweg aus den armen Volksclassen. Dem Berufe nach gehören sie keineswegs, wonach ich in Erinnerung an Norwegen ausdrücklich fragte, vorwiegend den Fischern an, — im Gegentheil ist dieser Stand hier selten vertreten, — sondern sie waren zumeist Erdarbeiter in den Oliven- und Orangenpflanzungen. Ihre Nahrung hatte fast nur aus Vegetabilien bestanden, viel seltener als unter den Bewohnern entlang der Küste aus Fischen, und dann nur im frischen Zustande; geräucherte oder eingesalzene Fische werden dort nicht genossen.

Wer sich nach diesen Ermittelungen versucht fühlen möchte, mit manchen Autoren, wie jüngst von Neuem van Someren und Liveing, allgemeine Schädlichkeiten, wie „die unzweckmässige Nahrung, schlechte Wohnung und Luft, Unreinlichkeit etc. in Folge von Armuth der Bevölkerung“ als directe Ursachen der Lepra anzusprechen, wird dieses bald als Irrthum erkennen müssen, wenn er den Blick über die Mauern der Leproserie, d. h. über die Provenienzstätten ihrer Insassen hinaus erweitert und ganz dieselben hygieinischen Mängel weithin an der ganzen Riviera nach Osten und nach Westen, ja auch an der Nordseite der Seealpen wiederfindet. Wir wollen nicht bezweifeln, dass dieselben, zumal da wir sie in den betroffenen norwegischen Districten ebenso gesehen haben, als sie von den englischen Autoren aus den Aussatzhospitälern Indiens hervorgehoben werden, die Empfänglichkeit für die Krankheit im Grossen befördern helfen und den Verlauf bei den Befallenen wesentlich perniciöser gestalten. Aber wenn nicht schon längst anderweitige Beobachtungen von Aussatz bei wohlhabenden und ganz hygieinisch lebenden Menschen, wie u. A. wir selbst sie

vor 15 Jahren im Hospice St. Louis zu Paris an Plantagenbesitzern aus transatlantischen französischen und spanischen Colonien gemacht haben, — wenn nicht ferner die Besserung derselben (nach manchen Autoren sogar Heilung Lepröser) mit der weiten Translocation, sowie endlich die von vielen Gewährsmännern gemachte Wahrnehmung der Erkrankung gesunder Menschen, welche sich in Lepragegenden niedergelassen haben, uns auf eine specifische Ursache hinweisen würden, so müsste sich eine solche hier durch das umschriebene locale Vorkommen nur in jenen drei Thälern und durch die Hartnäckigkeit, mit welcher die Lepra sich gerade hier bis auf unsere Tage endemisch erhalten hat, uns mit Nothwendigkeit aufdrängen.

Bei einem Theil der Kranken hatte sich — hier wie in allen Lepragegenden — das Leiden primär entwickelt, bei anderen waren der Vater oder die Mutter oder Blutsverwandte leprös gewesen. Für die starke hereditäre Disposition fanden sich sonach auch hier manche Beispiele, nicht minder aber auch gegen die Contagiosität. Niemals war seit dem Bestehen dieser Leproserie eine Ansteckung der beispielsweise alle Wundverbände besorgenden Ordensschwestern, niemals eine solche bei einem, der den ganzen Tag mit den Leprösen in allerlei Berührung umgehenden Hautkranken vorgekommen, — so wenig wie, beiläufig bemerkt, jemals in dem oben genannten Hospice St. Louis, welches mindestens seit dem Anfange dieses Jahrhunderts immer einige Lepröse aus den Tropenländern beherbergt. Besonders lehrreich in Bezug auf jene beiden, so viel discutirten, nosologischen Eigenschaften der Lepra war die Familie eines ungefähr 19jährigen Kranken aus dem Val di Var, dessen Mutter sowohl, als auch die Stiefmutter, letztere in dieser nämlichen Anstalt, daran gestorben waren. Sein Vater war, trotzdem er also mit zwei leprösen Frauen nach einander verheirathet gewesen und mit beiden Kinder gezeugt hatte, völlig gesund geblieben und als ganz leprafrei ärztlich constatirt worden, als er seine zweite Frau in die Anstalt brachte. Jener Kranke datirte den Beginn seines Leidens in sein 9. Lebensjahr zurück; sein 7jähriger Stiefbruder war bis jetzt noch nicht befallen[1]).

[1]) Beobachtungen, in welchen nur eine Ehehälfte aussätzig wurde, die andere trotz ferneren vieljährigen Connubiums gesund blieb, habe ich auch

Was nun die Formen der Krankheit betrifft, so war ich einigermassen überrascht, bei meinem Eintritt zu hören, dass

---

1860/61 während meiner Studien in Paris an mehreren leprösen Mexikanern und Spaniern gemacht, sie zählen meines Wissens in Norwegen nach Hunderten und sind von Danielssen und Boeck mit Recht als die wichtigsten Beweise gegen die Contagiosität angeführt worden. Es versteht sich, dass ich mit der Contagiosität überhaupt auch diejenige der Excrete, — wie Liveing „analog den Excrementen der Cholera und des Typhus" meint, — sowie der Secrete, — wie jüngst Tilbury Fox von einem angeblich durch Ammenmilch im 2. Lebensjahre leprös gewordenen, nota bene in Indien geborenen Kinde erzählt, — in Abrede stelle. Ich erinnere mich noch lebhaft eines etwas über zwei Jahre alten Kindes in dem Leprahospitale zu Molde in Norwegen (1863), welches mit seiner leprösen Mutter, die es länger als ein Jahr gesäugt hatte, in einem Separatzimmer lebte, auch mit ihr zusammenschlief. Das Kind, das ich mit dem damaligen Anstaltsarzte, Dr. Hoffmann jun., am ganzen Körper revidirte, war ganz rein und wohlgenährt. So sah ich auch u. A. neben einem 5jährigen aussätzigen Knaben aus Guadeloupe (1861, Hosp. St. Louis) seinen stets bei ihm befindlichen Vater intact.

Armauer Hansen, einer der verdienstvollsten jüngeren Lepraforscher, sucht in einer Arbeit: „Undersögelser angaaende Spedalskhedens Aarsager", über welche mir in dem, nach Abschluss meiner vorliegenden Skizze mir zugehenden Heft I dieser Vierteljahresschrift pro 1875, pag. 70, ein Referat zu Gesicht kommt, das gerade Gegentheil hinsichtlich jener beiden, oben erwähnten nosologischen Eigenschaften der Lepra zu erweisen. Doch überzeugen mich die daselbst referirten, im Vergleich mit dem Massenmaterial Norwegens sehr spärlichen Beobachtungen ebenso wenig von der Contagiosität, als die Deductionen Hansen's die Heredität als unbegründet zu widerlegen vermögen. Gegenüber den zahlreichen, oben im Text und in der vorstehenden Note nur angedeuteten Erfahrungen erscheint es mir als kein irgend sicherer causaler Zusammenhang, wenn unter 50 in Bergen angesiedelten Aussatzkranken, „von denen zwar die Meisten krank eingewandert oder nur wenige Jahre nach der Einwanderung aus den Landdistricten erkrankt sind, verhältnissmässig wenige aber auch in der Stadt Bergen selbst eingeboren waren", auch 4 Fälle sich fanden, die „mit Wahrscheinlichkeit durch Contagium entstanden sind", davon waren 2 in den Leproserien zu Bergen angestellt gewesen. Ebenso ist in dem Beispiel, in welchem ein Mann, der viel mit einem Spedalskhedkranken verkehrt hatte, selbst erkrankte, später seine Frau, und als diese, Witwe geworden, wieder heirathete, der zweite Gatte — da sich eben Alles in einem heimgesuchten Landbezirk zutrug — der Zufall durchaus nicht ausgeschlossen. Uebrigens sind, wenigstens in dem Referate, die Zeit-Intervalle der Erkrankungen in diesem Beispiele nicht angegeben, welche wegen der Polemik Hansen's gegen die Beweiskraft der für die Heredität sprechenden Studien von Prof. Wilhelm Boeck

man dieselben dort noch nach Alibert (Description des maladies de la peau. 1814) in Elephantiasis tuberculosa, crustacea

---

in Christiania an den norwegischen Emigranten in Nordamerika wichtig wären. Hansen geht nämlich so weit, selbst 14 Jahre, (oder wie wir allenfalls Hansen zugeben wollen, einige Jahre weniger, während deren vielleicht die ersten leichten Symptome übersehen wurden), welche längstens von der Emigration aus Norwegen bis zur deutlichen Manifestation der Krankheit verflossen waren, für eine mögliche Incubationszeit eines, noch in der Heimath oder von anderen leprosen Emigranten in Amerika erworbenen Contagiums anzunehmen. Dieser schon wegen des Unicum von Incubationsdauer in der ganzen Pathologie sehr gewagten Annahme steht aber von Thatsachen noch entgegen, dass 1. eine Anzahl jener erwähnten, in Bergen selbst niedergelassenen Spedalskhen, wie Hansen an einer anderen Stelle betont, nur wenige Jahre nach der Einwanderung aus ihren Heimathsthälern erkrankt sind, 2. in den wenigen anderweitigen, detaillirt publicirten Beobachtungen, welche für eine Uebertragung durch die Ehe gedeutet werden könnten, — unbefangener gesprochen: wo beide Gatten nach einander erkrankten, so in einer von Kaposi (Handb., p. 429) angeführten, wo ein aus Turin gebürtiger Ehemann zehn Jahre nach der Einwanderung in Cairo leprös wurde, die Erkrankung der andern (gleichzeitig eingewanderten) Ehehälfte nur zwei Jahre darauf nachfolgte. Eine dritte Angabe von Wortabet (nach der British Review, Juli 1873, referirt in dieser Vierteljahrsschr. 1874, I, p. 119), wonach auf Honolulu bei einem englischen Knaben, der sich im Spiel eine Nadel einstach, mit welcher sich zuvor ein dort einheimischer kranker Knabe in den Daumen gestochen hatte, bald nachher Lepra ausgebrochen sein soll, ist für die Erwägung einer etwaigen Incubationszeit unbrauchbar, weil überhaupt nicht authentisch.

Auf die allgemein theoretischen Deductionen Hansen's, wonach die Einreihung der Lepra unter die hereditären Krankheiten schon deshalb unzulässig sei, weil Hansen nur die angeerbten Bildungsanomalien als solche gelten lässt, will ich hier nicht weiter eingehen als mit dem Hinweise, dass gerade die vitia primae formationis überhaupt nicht als Krankheiten im engeren Sinne anzusprechen sind, während es hingegen eine ganze Reihe recht eigentlicher hereditärer Krankheiten gibt, z. B. die Haemophilie, die Epilepsie, welche jüngst gleich anderen Affectionen des Nervensystems sogar experimentell als erblich durch Brown-Séquard sichergestellt worden ist, der Diabetes, die Scrophulose u. s. f. Bezüglich des Zielpunktes von Hansen's Deductionen: „ist die Elephantiasis Graec. contagiös, so kann sie nicht hereditär sein", scheint mir eine Discussion so lange zwecklos, als eben der Vordersatz nicht bewiesen ist. Vielmehr contrastirt gerade umgekehrt die alte, auch von H. bestätigte Erfahrung, dass Kinder aussätziger Eltern höchst selten in den ersten, sondern oft erst um das 10. Lebensjahr und später erkranken, sehr auffallend von dem Verhalten der Generation syphilitischer Eltern und spricht, so sehr auch der Gesammtverlauf der Lepra mit ihren

und squamosa eintheilt; mehr aber, dass die von Danielssen und Boeck so meisterhaft dargestellte Lepra anaesthetica daselbst völlig unbekannt war, so detaillirt ich auch dieselbe meinem Führer aus meiner eigenen Anschauung beschrieb. Bei eigener Untersuchung fand ich nun in der That durchgehend die knotige (tuberculöse, besser nodöse) Lepra in allen Stadien und allen der Untersuchung zugänglichen Organen: auf der Haut des ganzen Körpers, auf der Conjunctiva, Cornea und in der Iris, in der Zunge, dem Kehldeckel und im Inneren des Kehlkopfes, Knoten der verschiedensten Grösse, welche, insbesondere auf der Haut der Extremitäten und des Gesichtes, hie und da geschwürig zerfallen, oder schon mit pigmentirten Narben verheilt waren. Manche dieser hart infiltrirten — also wirklich aus Knoten hervorgegangenen — torpiden Geschwüre lagen offen, andere waren mit Krusten bedeckt (daher L. crustacea); die Sensibilität war bei mehreren, welche ich mit der Nadel prüfte, im Grunde und in der Nachbarschaft der Geschwüre ausserordentlich vermindert. Bei einigen Kranken fand sich auch Necrose und Abstossung einiger Finger- oder Zehenphalangen, seltener Necrose der Nasenflügel oder auch — am seltensten — Perforation des Septum cartilagineum. Ebenso fehlte es nicht an Ulcerationen der Cornea, in deren Nähe noch, namentlich am Limbus Corneae, feste, gelblich-weisse Knötchen lagen, nebst deren Folgen: Staphylom, Prolapsus Iridis, vordere Synechien. Viel seltener lagen Knötchen in der Iris eingesprengt oder war Pupillarverschluss durch Iritis und Iridocyclitis sichtbar [1]). Die Lymphdrüsen waren fast bei allen Kranken an einer oder der anderen Region

---

Latenzperioden zu einer Parallele mit der Syphilis einladet, wie ich meine, entschieden gegen ein demjenigen der Syphilis analoges Lepracontagium.

[1]) Vergl. meinen Vortrag über die Lepra nach einer Studienreise in Norwegen (1863). Jahresbericht d. Schles. Ges. f. vaterländ. Cultur pro 1864. Ich habe schon damals die leprösen Augenerkrankungen bei der nodösen Form als die alleinigen primären und der Lepra eigenthümlichen streng geschieden von den bei der anästhetischen Form nur in Folge des Blosliegens des Bulbus auftretenden. Das die Entstehung der Iritis bei beiden Formen gerade umgekehrt darstellende Referat über eine diesbezügliche Arbeit von Bull und Hansen (diese Vierteljahresschr. 1875, I. p. 121) beruht wohl nur auf einem Schreibfehler des Referenten. (In der That. Die Red.)

vergrössert und verhärtet; bei Einem constatirte ich an der Streckseite des Vorderarms, nahe dem Cubitalgelenk, einen Lymphvarix. Auch konnte ich bei drei Kranken am und dicht oberhalb des Ellenbogens den verdickten Nervus ulnaris fühlen. Nicht erinnerlich hingegen war mir aus meinen früheren Erfahrungen das Bild einer hier sogenannten Elephantiasis squamosa, [1]) das ich auf den ersten Anblick für Psoriasis vulg. zu halten geneigt war. Es bestand eine Anzahl hellweisser, dünner, zerstreuter, rundlicher Schuppen auf beiden Armen, welche fest aufsassen und nach deren Abhebung je ein scharf markirtes, röthliches, aus der Cutis prominentes Knötchen sichtbar wurde. An den Knieen oder sonst am Körper fand ich bei diesem Patienten nichts Aehnliches. Dagegen war der mittlere Theil und die Spitze der Zunge durchsetzt mit zahlreichen linsen- bis bohnengrossen, derben, submucös oder noch tiefer sitzenden, auch auf Druck indolenten Knoten. [2])

Alle Kranken, die männlichen, welche zur Zeit die Mehrzahl bildeten, wie die weiblichen, boten nur sehr entwickelte und vorgerückte Krankheitsbilder dar, so dass bei diesem Totaleindruck man wohl begreifen konnte, dass nach der Vergeblichkeit aller auch hierorts versuchten inneren Mittel, auch der unlängst wieder von Tilbury Fox empfohlenen, hohen Chinindosen, man sich auf gute, diätetische Pflege, Reinhaltung

---

[1]) Nach Aussage des Dr. Aicardi kommt dieses Bild hier zwar selten vor, doch hat er es wiederholt gesehen. — J. van Someren fand unter 628 Kranken im Leprahospital zu Madras, worunter 259 die tuberculöse Form zeigten, bei nicht weniger als 219 ein squamöses Exanthem; ob dieses überall nur eine Complication war, ist unwahrscheinlich, da nur in 85 Fällen ein papulöses und nur in 50 Fällen ein vesiculöses oder pustulöses Exanthem als Complication angegeben ist.

[2]) Kaposi beschreibt (Handb. p. 401, 402) als Lepra der Zunge nur „bedeutende Hervorragung der Zungenwärzchen, Trübung und schwartige Verdickung des Epithels, durch dessen Sprünge die Zunge starr, dick und unbeweglich werde. Es sei ganz das Bild seiner Psoriasis syphil. oris.“ So wenig dieses aber irgendwie charakteristisch für Syphilis ist, so wenig ist damit die der Lepra eigenthümliche — übrigens bei Weitem nicht constante — Veränderung der Zunge gezeichnet, als welche wir wiederholt Knoten, wie die oben beschriebenen, gesehen haben. Wollte man dieselben mit einer syphilitischen Erkrankung der Zunge vergleichen, so könnte es nur mit dem Gumma sein, dessen Verlauf freilich ein ganz anderer ist.

der Kranken durch Bäder und Behandlung der störendsten Local-Affectionen beschränkt. So schreckt man z. B. vor dem Versuche, grosse lepröse Hautgeschwüre der Unterschenkel durch Aufstreuen von Campherpulver, Cauterisationen u. dgl. zu heilen — mit Recht — nie zurück, weil man niemals die von anderer Seite vermeintlich von der Zuheilung solcher abgeleiteten Fieberanfälle oder rascheren Verfall der Kräfte danach gesehen hat. Was wir aber laut bedauern müssen, ist, dass hier jene Resignation in Betreff des therapeutischen Könnens auch zur völligen Vernachlässigung jeder weiteren pathologischen Forschung, insbesondere auch der Sectionen der in der Anstalt Verstorbenen, geführt hat.

Wenn nach Vorstehendem hier keine andere, als die knotige Form des Aussatzes von uns gesehen worden ist — denn die von den Anstaltsärzten als L. crustacea und squamosa gesondert diagnosticirten sind ja nur weitere Stadien eben jener — so ist das doch, selbst wenn es immer an der Riviera so gewesen sein sollte, von untergeordneter Bedeutung, seitdem wir, hauptsächlich durch die Forschungen von Danielssen und Boeck, die nosologische Identität aller äusserlich verschiedenen Aussatzformen kennen gelernt haben. Je bestimmter wir aber an dem nun einmal gesicherten Grundbegriff festhalten müssen, dass die Lepra, unter welchen Breitegraden und unter welchen besonders vorwiegenden Organläsionen und Symptomen sie auch angetroffen werden mag, stets dieselbe typische Krankheit der Gesammtconstitution ist, als desto unberechtigter müssen wir die neuerliche Aufstellung einer „Morphaea" als besondere Art der Lepra neben der L. nodosa und anaesthetica durch Erasmus Wilson bezeichnen. Kaposi, der in Hebra's Handbuch Wilson reproducirt, sagt darüber (pag. 407): „Diese Flecken, welche viele Jahre lang als einzige Veränderung bestehen, und mit welchen die Krankheit für immer abschliesst, stellen gewissermassen **locale** Formen der Lepra vor, da während ihres ganzen Verlaufs und auch in der Folge der Gesammtorganismus nicht im Mindesten betheiligt ist". Ferner: „Mitunter erscheint die Morphaea nur als einziger Fleck, besteht viele Jahre hindurch, während

welcher constant der eigenthümlich gefärbte, einem Regenbogen ähnliche Saum existirt. Das Individuum befindet sich sonst allgemein vollständig wohl. Endlich steht der rothe Saum still, flacht sich ab, an seiner Stelle bleibt die Haut ebenfalls (scil. wie das Centrum) atrophisch, weiss oder braun, normal empfindend oder anästhetisch. Die Krankheit kann damit für immer beendet sein. Ein andermal jedoch entstehen gleichzeitig oder nachdem der eine Kreis abgelaufen, an anderen Körperstellen ein oder mehrere solcher Morphaea-Centren mit dem gleichen Verlaufe".

Sehen wir uns nun die zwei „extremen Beispiele" näher an, mit welchen Kaposi diesen angeblichen „Lepra-Typus" zu illustriren glaubt, und die 25, nach seiner Angabe ganz gleichen Fälle, auf welche Wilson denselben begründen wollte, so geht es damit ähnlich wie mit jenen „breiten Condylonen", welche vor drei Jahren G. Behrend jun. (aus Lewin's Klinik) als angebliche „locale Syphilis" der erstaunten ärztlichen Welt beschrieb. Eine äussere Aehnlichkeit in der Form hat zur Verwechslung mit einer der Manifestationen — dort der Lepra, hier der Syphilis — auf der Haut verleitet. Nachdem nämlich zwei dem Sitze der Flecken entlehnte Angaben Wilsons,[1]) wonach „zum Unterschiede von der Morphaea die Lepra fast nie am Rumpfe und nie einseitig, sondern stets symmetrisch vorkommt", von Kaposi selbst nicht wiedergegeben werden, bleibt in der That nichts zur Charakteristik der Morphaea übrig, als die Form und Farbe der resp. des einen Flecken; denn die wesentlichste, functionelle Störung, welche wohl Wilson ursprünglich zur Verwechslung veranlasst haben mag, die Anästhesie, vermisst man sowohl in den 2 Fällen Kaposi's, als in vielen von Wilson und seinen Schülern; sie ist, wie Kaposi später (pag. 412) angibt, „bei der circumscripten, localisirten Morphaea im Vergleich zu den anderen Symptomen auf der Haut (zu welchen namentlich?) nur von untergeordneter Bedeutung, schon deshalb, weil sie daselbst sehr häufig auch fehlt oder die Empfindung nur unbedeutend vermindert ist". Eine andere Functionsstörung, das Aufhören

[1]) Vergl. den Auszug aus Liveing in Schmidt's Jahrbüchern der gesammten Med. 1875, Nr. 8, pag 192.

der Transpiration an einem solchen Fleck, welche z. B. in einem neueren Falle von Duckworth[1]) vorkommt, findet sich in Kaposi's Fällen gar nicht erwähnt. Kaposi hätte sich nun um so eher vor der Verwechslung einer vereinzelten, rein localen Hautaffection — und wenn ihre Eigenschaften selbst allseitig und constant mit denjenigen einer symptomatischen Affection des Aussatzes übereinstimmen würden, — mit dem letzteren hüten müssen, als er Steudener in Halle mit Tadel überschüttet, „weil er sich einzig und allein auf Grund des anatomischen Befundes in den Nerven und einer unmerklichen Herabsetzung der Sensibilität verleiten liess, drei Fälle von mutilirender Necrose der Finger oder der Fussknochen für Lepra mutilans zu halten". Ausserdem hat Kaposi selbst in der allgemeinen Symtomatologie der Lepra den für alle Typen derselben geltenden Satz vorangestellt: „Das wichtigste Moment jedoch neben den charakteristischen, localen Erscheinungen liegt im Verlaufe des Gesammtprocesses, d. i. der Summe aller zur Lepra gehörigen Erscheinungen".

Nun soll eine so beschaffene Charakteristik der Morphaea obendrein ausreichen, um darzuthun, dass gelegentlich auch bei Menschen, welche in Wien oder London von gesunden Eltern geboren und aus dem Weichbilde dieser Grossstädte nicht herausgekommen sind, Aussatz ausbricht. Unter „geographischer Verbreitung der Lepra" (pag. 428), heisst es: „Gegenüber diesem endemischen Vorkommen findet sich die Lepra in einzelnen Fällen autochthon (?) auch in sonst leprafreien Ländern vor; doch ist es nicht bekannt, dass da eine andere Form als die maculöse entstanden wäre und auch diese zeigte nicht den deletären Charakter der endemischen. Wir rechnen hierher die 25 Fälle (20 W. 5 M.), welche Er. Wilson als

[1]) Nach St. Bartholomew's Hosp. Rep. 1873, referirt in dieser Vierteljahrsschr. 1874, I, pag. 121. Dieser, gleich vielen anderen, aus London in den letzten Jahren publicirten Fällen von „Morphaea", betraf die linke Stirngegend und lässt uns leicht erkennen, was man dort seit Wilson also nennt. Mit Lepra haben alle diese Fälle — auch diejenigen, welche „als weissgelbliche, von einem rothen Streifen eingefasste Erhabenheiten" (Fagge), oder als ebensolche, einem Maal ähnliche Verhärtungen (Stowers) beginnen — Nichts zu thun.

Morphaea beschrieben hat und zwei gleiche Fälle, die wir gesehen haben". Wie nun aber mit Einbeziehung dieser immer nur „autochthon" auftauchenden Fälle, welche nochmals unter „Prognose" (pag. 433) als sehr günstig allen Formen der endemischen Lepra gegenüber gestellt werden, eine einheitliche Aetiologie der Lepra möglich sein soll, wie gleichwohl auch Kaposi sich (pag. 432) zu dem von der Mehrzahl der heutigen Forscher, freilich nur *per exclusionem* gewonnenen Resultate bekennen kann, dass „für die primären Erkrankungen die physikalisch-geographischen Verhältnisse der betreffenden Gegend als ätiologisches Moment dienen, zur Propagation der einmal entstandenen Krankheit dagegen zugleich auch die Heredität der Disposition das Ihrige beiträgt", das muss jedem aufmerksamen Leser ein unentwirrbares Räthsel bleiben.

Müssen wir sonach die Morphaea Wilson's als eine ganz heterogene Affection und ihre Hineinziehung als, die weitere, noch so nothwendige Forschung nach der Aetiologie der Lepra nur verwirrend — wieder ausscheiden, dann entfällt auch die Nothwendigkeit, die Lepra in drei Kategorien einzutheilen; denn es widerspricht ebenso jeder gründlichen Beobachtung, dass es eine anästhetische Form des Aussatzes gäbe, welche „unzweifelhaft in vielen Fällen einzig und allein durch Anästhesie der Haut, ohne anderweitige Farben- oder Massenveränderung der Haut sich kundgibt" (Kaposi, pag. 393), als es in praktischer, besonders in prognostischer Hinsicht überflüssig und werthlos ist, die Flecken, welche wir namentlich seit der zweiten, grossen Arbeit von Boeck und Danielssen[1]) als eines der integrirendsten und frühesten Symptome der anästhetischen Form würdigen gelernt haben, neben der letzteren und der L. nodosa als selbständige Form aufzustellen, bloss weil sich ab und zu — und zwar selten genug — nicht auch alle sonstigen, schwereren Symptome der anästhetischen Form hinterdrein dazu gesellen.

Was aber den, auf eine blosse Aenderung der Nomenclatur der letzteren hinauslaufenden Vorschlag Hansen's be-

---

[1]) Jagtagelser om Hudsygdomme 1863, Abschnitt: Elephantiasis anaesthetos, mit dem unerreicht schönen Atlas von Losting.

trifft, dieselbe als maculöse zu bezeichnen, weil er nachgewiesen hat, dass Anästhesie sich fast regelmässig auch zum Knotenaussatz zugesellt, während die Flecken ebenso constant seien wie bei der anderen Form die Knoten, so würden wir uns damit allenfalls einverstanden erklären, wenn alle Aerzte, welchen der wohl schon seit fünfzig Jahren in der Literatur aller Länder eingebürgerte Begriff der L. anästhetica geläufig ist, den vollen Symptomen-Complex derselben, auf dessen natürliche Zusammengehörigkeit wir den Hauptaccent legen, nunmehr unter L. maculosa verstehen wollten. Das ist aber nach den in der neuesten deutschen und englischen Literatur gemachten Wahrnehmungen keineswegs der Fall. Ueberdies scheint mir der semiotische Werth der Anästhesie bei der glatten Form des Aussatzes immer noch als ein hervorragender, da sie hier schon viel frühzeitiger auftritt und auch viel auffallender sich offenbart, als wenn sie erst nach vieljährigem Bestehen des Knotenaussatzes [1]) mit der nach ihr suchenden Nadel des Arztes entdeckt wird, und weil sie während der ganzen Dauer der Krankheit besteht, sogar immer vollständiger und tiefgreifender wird, wenn die Flecken oft schon geschwunden sind. Man könnte daher dem Resultate der fleissigen Sensibilitätsstudien Hansen's vielleicht Rechnung tragen, indem man die zweite Form neben der L. nodosa präciser als die maculös-anästhetische bezeichnet.

---

[1]) Vergl. den interessanten Aufsatz von A. Hansen im Arch. f. Dermatol. und Syph. 1871, II.

Meran, im October 1875.

Zur
Anatomie des Lupus erythematodes.

Von

Prof. Dr. **Eduard Geber** in Klausenburg.

(Hiezu Tafel I. und II.)

Besichtigt man bei einem mit Lupus erythematodes behafteten Kranken eine in Entwicklung begriffene, auf den ersten Eindruck ganz unansehnliche Efflorescenz, so fällt in erster Linie deren Röthe auf. Gewöhnlich vermögen aufmerksame Kranke anzugeben, dass diese in Zeiträumen blässer wird und dann wieder ohne bestimmte Veranlassung als hellrother Fleck markirter hervortritt; nie aber kehrt das normale Colorit der Haut wieder.

Nach einiger Zeit treten bereits andere Symptome auf, die das geübte Auge des Klinikers als unverkennbare Zeichen des Ausbruches der Erkrankung ansprechen. Der Kranke empfindet an der afficirten Stelle Jucken und erhöhtes Wärmegefühl; während objectiv ausser der Röthe ein gewisser Turgor der Haut und leichte Schuppenbildung wahrzunehmen ist. Beim Versuche diese Schuppen abzuheben bemerkt man, dass sie mit der Unterlage inniger zusammenhängen und bei der mikroskopischen Untersuchung ergibt sich, dass der Zelleninhalt zumeist von einer molecularen Fettmasse durchsetzt ist. An solchen Hautstellen, wo die Follikel und Talgdrüsen reichlich vorhanden sind, zeigen die Schüppchen beim Abheben an ihrer unteren Fläche in die Follikel hineinragende Zapfen und beim Zerreiben derselben nimmt man wahr, dass sie zum grossen Theile aus Fett und einem geringen Reste von Epidermis

bestehen; die Follicularmündungen sind dann erweitert und sehen wie angestochen aus.

An jenen Stellen dagegen, wo die Follikel und Talgdrüsen — wie an der Flachhand — fehlen, findet man bloss fettig entartete Epidermidal-Auflagerungen.

Zuweilen kommt es indessen ausser der Schuppenbildung noch durch Eintrocknen einer transsudirten Flüssigkeit, oder zu Grunde gegangener Producte des Processes zur Auflagerung einer bröcklig gewordenen, bräunlichen Masse, welche nur mühsam und nicht ohne Schmerz zu entfernen ist, wobei der hypertrophisch gewordene Papillarkörper leicht blutet.

Den Abschluss in loco bildet eine am Ausgangspuncte der Efflorescenz sich allmählig etablirende seichte, weisslich glänzende, narbig aussehende Depression, welche, wenn der Process sich auszubreiten anschickt, umsomehr auffällt, als sie gegen den lebhaft rothen und erhabenen Rand sichtlich absticht.

Indess kann in der geschilderten Weise, unter Ausbreitung der Injectionsröthe, Ektasien der Gefässe, Schuppen- und consecutiver Narbenbildung, jede einzelne Efflorescenz peripher bis zu ansehnlichem Umfange heranwachsen. Aber auch das Auftreten von Recidiven an geheilten Stellen gehört nicht zu den besonderen Seltenheiten. Hebra erwähnt in seinen klinischen Vorträgen, an einer vor einundzwanzig Jahren gebildeten Lupus erythematodes Narbe einen neuen Ausbruch der Erkrankung beachtet zu haben.

Will man sich nun über die Vorgänge des geschilderten Processes anatomisch genügende Aufklärung verschaffen, so ist es bei der grösseren Mannigfaltigkeit der beim Lupus erythematodes auftretenden und oft schon durch die Localisation bedingten Erscheinungen gerathen, die Untersuchungen auf die verschiedensten Hautstellen auszudehnen, um sodann deren Ergebnisse zu einem, dem Processe eigenen Gesammtbilde zu vereinigen. Dies der Gesichtspunkt, von dem ich bei der Ausführung meiner Nachforschungen ausgegangen bin, und ich glaube, dass die daraus abgeleiteten Deductionen, insoferne sie theils bereits bekannte Thatsachen bestätigen, theils aber neue Ergebnisse, die mit unseren klinischen Erfahrungen richtig in Einklang zu bringen sind, zu Tage fördern, die fol-

gende Publication über einen wichtigen und in manchen Punkten bisher noch unerörtert gebliebenen Gegenstand zur Genüge rechtfertigen.

Bei den Untersuchungen habe ich folgenden Weg eingeschlagen: Die, theils von Lebenden, theils von Verstorbenen entnommenen lupösen Hautstückchen wurden entweder zur Anfertigung von Zupfpräparaten verwendet oder nach Härtung in weingelber Chromsäurelösung und verdünntem Alkohol zur Schnittführung vorbereitet. Die erhaltenen Schnitte wurden sodann in karminsaurem Ammoniak, Pikrokarmin oder Leonhardi'scher Tinte[1]) gefärbt und in Glycerin oder nach Aufhellung mittelst Nelken-Oeles in Damarlack untersucht.

Schon die erste Betrachtung der mikroskopischen Präparate lehrt, dass die Veränderungen beim Lupus erythematodes vorwiegend an der obersten Cutisschichte erfolgen, was besonders an der Randzone durch ein deutlicheres Hervortreten der in den Papillen und im Corium vorhandenen Gefässe (Taf. I, Uebersichtsbild 1) auffällt. Dabei kann man an genügend weit geführten Schnitten, wenn diese nämlich noch an das angrenzende gesunde Gewebe reichen, erkennen, dass die ersten merklichen Abweichungen an den Capillaren gleichzeitig den Beginn der Erkrankung andeuten. Bei schwächerer Vergrösserung bemerkt man im allgemeinen an solchen Stellen eine Anhäufung von Blutkörperchen in den Gefässen und eine Umlagerung von Zellen im Gewebe. Sieht man nun mit Blutkörperchen erfüllte Capillarschlingen bei einer Vergrösserung mit Vérick-Objectiv 8 (Fig. 2) an, so fallen ausserdem noch die Veränderungen an den Blutkörperchen selbst auf, welche Momente wesentlich dazu beitragen, sie im längeren Verlaufe verfolgen zu können. Die in Fig. 3 gegebene Zeichnung stellt ein bei Immersion 10 gesehenes Gefäss mit den Veränderungen in der Umgebung dar. — Die Anhäufung der Blutkörperchen betrachte ich nicht als ein Artefact, das etwa beim Herausschneiden des Haut-Stückchens oder gar post mortem zu Stande gekommen ist, sondern als ein seit einiger Zeit bestehendes, dem Processe angehöriges Symptom

[1]) Eine hübsche a vista-Reaction auf amyloid degenerirte Gewebe von Heschl. Mediz. Wochenschrift 1875. Nr. 32.

des Reizungszustandes. Für diese Annahme spricht ausser dem häufigen Vorkommen derselben und der Thatsache, dass die in den Capillaren enthaltenen Blutkörperchen mannigfache Veränderungen eingegangen sind, noch der Umstand, dass die Gefässwandungen durch sie ungleichmässig erweitert sind, dass ferner in der Umgebung entweder unversehrte Pigmentzellen oder deren Stücke häufiger anzutreffen, und schliesslich in der unmittelbaren Nachbarschaft ausser einer vermehrten Anzahl von Rundzellen auch noch solche Blutkörperchen vorhanden sind, die ihren Farbstoff bereits abgegeben haben und daher als rundliche, blasse, gleichmässig schimmernde Körperchen erscheinen. — Andererseits glaube ich auf die Stauung in den Capillaren an der Grenzpartie einiges Gewicht legen zu müssen, weil die im nachbarlichen gesunden Gewebe auftretende consecutive Erkrankung und Erweiterung der Gefässe darin ihre Erklärung finden und diese Erscheinungen wieder mit den gleich zu schildernden Befunden an den Gefässwandungen und deren Umgebung in causalem Zusammenhange stehen.

An den Wandelementen der in den Papillen oder in der oberen Coriumschichte gelegenen Capillargefässe lassen sich mannigfache Abweichungen erkennen. Die einfachsten Veränderungen eines solchen, die Wandanlage constituirenden, spindelförmigen Körpers drücken sich durch Reizungszustände, d. i. ein stärkeres Granulirtsein und Voluminöserwerden des protoplasmatischen Leibes aus, wodurch das Lumen des Rohres verengt oder wenn zwei solche Elemente sich gegenüber liegen, dieses bis auf eine schmale Lichtung reducirt erscheint.

Schreitet man gegen eine, von dem Processe mehr befallene Stelle vor, so sieht man noch überdiess Zustände, welche auf eine Proliferation an den Gefässen schliessen lassen. Am häufigsten trifft man an den Kernen der Endothelien eine ein- bis zweifache Furchung, die sich bis zur vollständigen Abschnürung ausbilden kann, wodurch eine Vermehrung der Kerne oder Kernkörperchen entsteht. Variabel, wenn auch nicht so häufig sind die Bilder an dem Leibe und den Fortsätzen der Zellen. Durch einen Spaltcontour wird zuweilen der grobgekörnte Leib getheilt, in Folge dessen wie zwei neben einander befindliche, an der Begrenzungsfläche abgeplattete,

spindelförmige Zellen erscheinen. An den Fortsätzen hingegen können durch Differenzirung des Protoplasma bis mehrere Kerne oder Kernkörperchen auftreten; während ein anderes Mal ein solcher Fortsatz in das Lumen hineinragt und an seinem Ende eine kolbenförmige Anschwellung besitzt, in deren Mitte ein deutlich contourirtes rundliches Gebilde — ein Kern oder Kernkörperchen — sich befindet.

Ausser diesen angeführten Bildern kann man noch andere zu Gesichte bekommen, die sämmtlich mit nicht zu verkennender Bestimmtheit darthun, dass eine Wucherung der Elemente stattfindet.

Im Verhältnisse zur Erkrankung der Gefässe betheiligt sich durch Vermehrung der lymphoiden Zellen auch das umgebende Gewebe an dem Processe. Im Beginne sind dieselben spärlicher und sich mehr an die Gefässwandungen haltend, so dass man oft denen entlang auf grössere Strecken colonnenartig gereihte Zellen vorfindet, wodurch es wahrscheinlich wird, dass ihr Auftreten mit den Vorgängen an den Gefässen in Beziehung steht. Dort wo der Process mehr überhand nimmt, ist diese Anreihung zwar verwischt, indem man mehr oder weniger diffuse Zellenzüge in allmälig sich verlierender Weise sich in das Gewebe hinein erstrecken sieht; allein auch innerhalb dieser Zellenhaufen finden sich Gefässe vor, so dass man die Ueberzeugung gewinnt, dass das Auftreten solcher Plaques an das Vorhandensein von Gefässen gebunden ist und durch Zusammentreten mehrerer solcher Einzelnherde veranlasst wird. Besonders lehrreich sind in dieser Hinsicht jene Stellen, wo zwei oder mehrere Querschnitte mit den Zellenumlagerungen derart getroffen sind, dass einzelne an der Grenze gelegene Zellen mit ähnlichen der Nachbarschaft zusammentreffen.

Durch die Vermehrung von Zellen wird das Grundgewebe schliesslich so weit verändert, dass von demselben nur zarte Bindegewebszüge zurückbleiben, welche an Schüttelpräparaten, wo die Zellen herausgefallen sind, sich als feines Reticulum eines adenoiden Gewebes präsentiren.

Bezüglich der formativen Verhältnisse der Zellen zeigt sich bei Durchmusterung dünner Schnitte, dass während im

Beginn des Processes, d. h. an den Grenzpartien, neben Rundzellen sich auch eine ansehnliche Anzahl von ovalen und spindelförmigen vorfindet, letztere in dem centralen Theile, wo die Wucherung fortgeschritten ist, mehr in den Hintergrund treten, um nur der einen Form — den Rundzellen — Platz zu machen. So sehr auch dieses Factum dafür zu sprechen scheint, dass die nun einmal vorgefundenen Rundzellen nicht nur als Keimzellen ihre Lebensthätigkeit äussern, sondern auch vermöge des auf die Bindegewebskörperchen ausgeübten Reizes diese durch Mobilisirung zur Wucherung anregen und auf diese Weise zur Vermehrung der Rundzellen beitragen, so will ich doch, insolange ich keine anderen Beweise zur Unterstützung aufzubringen vermag und wie im vorliegenden Falle nicht einmal die Uebergänge neben einander gereiht zu Gesichte bekommen kann, mich vorläufig jeder weiteren Schlussfolgerung enthalten.

Aber auch an dem Verhalten des Inhaltes der Zellen lassen sich innerhalb eines Herdes gewisse Stadien des Processes erkennen. Während die um die Gefässe gelagerten zumeist einen fein granulirten Inhalt aufweisen, gewahrt man an den mehr abseits gelegenen, dass das Protoplasma grob granulirt, mit Fettmolecülen durchsetzt ist, und die Kerne bis zur Undeutlichkeit verwischt sind, woraus der Schluss zulässig ist, dass die Bildung der Elemente in Zeitabständen, respective die Wucherung in Nachschüben erfolgt, was dem klinischen Bilde des zeitweiligen Erblassens und Rötherwerdens der Efflorescenz, d. i. der Exacerbation entspricht.

Aus der bisherigen Beschreibung wird ersichtlich, dass der Process seinen Ausgang von den in seinen Elementen alterirten Gefässen des Papillarkörpers und des Coriums nimmt und dass andererseits durch die schubweise erfolgende Anhäufung von Granulationszellen das Gewebe in ein feinmaschiges Netzwerk verwandelt wird. In Folge dieser Wucherung wird jedoch das davon befallene Gewebe nicht nur in seiner Structur verändert, sondern es kommen auch in seinem Contour Abweichungen zu Stande, die auf das Verhalten zur Umgebung nicht ohne Einfluss bleiben können. So sehen wir z. B., dass bei bedeutender Wucherung in den Papillen die Begrenzungs-

linie zwischen Stratum papillare und reticulare in vielen Fällen sich kaum auffinden lässt.

Was die Form der Papillen betrifft, so wird diese durch Vermehrung der Elemente umfangreicher und breiter, wodurch die seitlich begrenzten Retezapfen zusammengedrückt, schmächtiger und wie eingekeilt erscheinen. Ein anderes Mal dehnt sich der Papillarkörper mehr nach oben aus, wodurch bis auf mehrere Millimeter vorspringende Leisten entstehen. Erheben sich mehrere hinter einander folgende Papillen, so werden sie die Epidermis und im Falle sie in der Nähe der Follikel sind, die Begrenzung der Follikelmündungen mit sich hinaufziehen, wodurch die Mündung derselben tiefer eingesunken erscheint; erfolgt dieser Zug nur von einer Seite des Follikels, so wird die Follikelmündung gezerrt aussehen, was wieder auf die Stellung der Haarbälge, der Haare und den Abgang der Secretionsproducte, wie wir dies später sehen werden, einen nicht unwesentlichen Einfluss übt. Durch die Ausdehnung des Papillarkörpers nach zwei Richtungen, d. i. nach der Breite und Länge und die dazwischen liegenden Uebergänge zu einer oder der anderen Form bekommt er ein eigenthümliches Aussehen, das beim ersten Anblick des mikroskopischen Präparates auffällt. Sind die Verlängerungen der Papillen in überwiegender Anzahl und bedeutenderem Grade vorhanden, so bekommt die Basis der Efflorescenz jenes drusige, excrescenzenartige Aussehen, wie es bei chronisch entzündlichen Processen überhaupt und bei längerem Bestande des lupösen Processes an Ort und Stelle vorzukommen pflegt.

In Folge der krankhaften Vorgänge in dem Nährboden werden sich auch die Veränderungen an der Oberhaut mannigfach gestalten. Wie weit die Wachsthumsverhältnisse des Papillarkörpers die Gestaltveränderungen derselben mechanisch bedingen, darüber wurde bereits oben gesprochen. Hier wollen wir die unmittelbare Einwirkung des Nährbodens auf die einzelnen Elemente selbst näher ins Auge fassen.

Vergleicht man zu diesem Behufe an ein und demselben Präparate die verschiedenen Retestellen, so wird man an den zumeist veränderten Papillen angehörigen tiefsten Zellen die Lockerung ihrer Anordnung, das Fehlen des sonst vor-

kommenden Farbstoffes, die Veränderung der Form und die stärkere Körnung des Protoplasmas gewahr; gleichzeitig ist eine Theilung der Kerne und Kernkörperchen zugegen. So unzweideutige Beweise demnach für eine aussergewöhnliche Vermehrung dieser Zellen vorhanden sind, so erlangt doch diese Schichte die zu erwartende Mächtigkeit nicht, da die Zellen, auf krankhaftem Boden erzeugt, sehr bald die regressive Metamorphose antreten. Die Ueberproduction von Zellen wird daher dem Stratum corneum in Form von verfetteten und verhornten, lamellösen, borstig zerfaserten Streifen zu Gute kommen, wie wir dies an in der Blüthe befindlichen Efflorescenzen schon makroskopisch wahrnehmen können.

Die bisher geschilderten Veränderungen entsprechen mehr einem oberflächlich verlaufenden Lupus erythematodes. Wenn ich indess keiner anderweitigen Erkrankung, wie etwa der der Haarbälge oder der Secretionsorgane der Haut Erwähnung gethan habe, so soll damit nicht gesagt sein, dass nicht auch diese unter Umständen mitergriffen zu sein pflegen; gewiss aber kann ihrer bei der Beschreibung des in die Tiefe greifenden Lupus erythematodes am richtigsten gedacht werden.

Ist hingegen die Tendenz vorhanden, in die Tiefe zu greifen, so kann schliesslich jeder Theil der Cutis sowie sämmtliche eingelagerten Gebilde mehr oder minder afficirt werden. Auch bei der tiefer sich erstreckenden Form sind es die Gefässe und deren unmittelbare Umgebung, welche die ersten Erscheinungen der Erkrankung zeigen, und von wo aus dieselben weiter in das Gewebe verfolgt werden können. Die einzelnen Vorgänge zu beobachten, ist hier um so leichter, als einerseits grössere Gefässstämmchen und leichter zu controlirende Verzweigungen vorhanden sind, und andererseits z. B. das lockere grossmaschige Unterhautbindegewebe die Verbreitungen genauer übersehen lässt.

An den Wandungen der grösseren Capillaren und Venen sieht man den oben bei den Capillaren geschilderten gleichkommende Reizungs- und Proliferationszustände (Fig. 4). An den Arterien ist auch die muskulöse Media durch Theilung und Vermehrung der Kerne und Kernkörperchen in auffallender Weise verändert.

An dünnen, sonst wohlgelungenen Schnitten kann man oft vermöge der ausgesprochenen Erweiterung der Gefässe dieselben vom subcutanen Bindegewebe aus mit ihren Verzweigungen bis in die Papillen mit Sicherheit verfolgen, wobei man Gelegenheit hat, sich zu überzeugen, dass ihre Abschnitte verschiedene Grade der Veränderungen zeigen. Denn während die Endverzweigungen die zumeist fortgeschrittene Proliferation manifestiren, vermögen die Stämmchen oft kaum sichtbare Erscheinungen des Reizungszustandes aufzuweisen.

Diesen Verhältnissen entsprechend ist auch die Einlagerung von Granulationszellen im Bindegewebe. Dort wo die Erkrankung der Gefässe fortgeschritten ist, findet man auch eine reichlichere Wucherung vor und umgekehrt, so dass beide Zustände in einem innigen causalen Zusammenhange stehen.

Die beweisendsten Bilder für die Erforschung der Details im Bindegewebe lieferten mir unstreitig wohlgelungene Zupfpräparate. Gelingt es durch Anfertigung solcher, feinzerfaserte Bindegewebsbündel aus der Randzone zu erhalten, so bemerkt man zwischen den Fasern eingestreut kleine, rundliche, blassschimmernde Körperchen, neben denen sich dann grössere, deutlich gekörnte, mit Kern- und Kernkörperchen versehene, den Granulationszellen gleichkommende, oder auch diese an Grösse übertreffende und dann ein oder zwei fortsatzartige Anlagen zeigende Zellen, oder auch solche, die sich immer mehr der Spindelform nähern und ein oder zwei Fortsätze besitzen, vorfinden. Anfangs vermuthete ich, dass die oben erwähnten kleinsten Gebilde gerade vermöge ihres homogenen Aussehens Blutkörperchen seien, die ihren Farbstoff an die Umgebung abgegeben haben. Erst eine Einstellung mit Immersion 10 belehrte mich, dass der Inhalt derselben aus fein granulirtem Protoplasma besteht, in welchem eine schwache Differenzirung des Kernes und Kernkörperchens zu bemerken ist. Ich muss daher annehmen, dass zwischen diesen und den nächst grösseren Zellen bloss ein Alters- und Wachsthumsunterschied besteht. Vergleicht man weiters die Rundzellen mit jenen, die fortsatzartige Auswüchse zeigen, und reiht man noch an die Kette als Schlussglied die spindelförmigen Zellen und jene Bindegewebskörperchen an, die eine Furchung und Theilung der Kerne

oder eine Vermehrung der Kerne und Kernkörperchen aufweisen, so dürfte kaum mehr ein Beweis dafür nothwendig sein, dass die Zellen des Bindegewebes sich in Proliferation befinden und dadurch einen wesentlichen Antheil an dem Wucherungsprocesse selbst haben. Bildlich dargestellt finden sich alle diese geschilderten Zustände in der Fig. 5 bei den Buchstaben a, b, c, d vor.

Wenn ich daher nach dem Befunde im Papillarkörper und Corium nur aussagen kann, dass der Process seinen Ausgang von den Gefässen nimmt, und dass Wucherungsproducte im umgebenden Gewebe sich vorfinden, so glaube ich nun auf Grund der im subcutanen Bindegewebe erhaltenen Thatsachen behaupten zu können, dass auch die fixen Elemente des Bindegewebes in Proliferation gerathen, ohne befürchten zu müssen, damit an eine hypothetische Voraussetzung zu streifen.

Aus der Eigenschaft des Lupus erythematodes, sich längs der Gefässe zu verbreiten, resultirt, dass trotz oberflächlichen Verhaltens oft auch tiefer befindliche Theile in Mitleidenschaft gezogen werden können, wie es andererseits wieder vorkommen kann, dass bei tieferer Localisation des Processes einzelne Theile oder Gebilde verschont bleiben. Welche Partie oder welches in die Haut eingelagerte Gebilde von der Betheiligung an dem Processe ausgeschlossen bleibt, ist ganz accidentell. So kann man sich leicht überzeugen, dass oft beim Vorkommen des Lupus erythematodes in der Tiefe Haarbälge wie Talgdrüsen vollständig verschont bleiben, während schon bei oberflächlicher Erkrankung Veränderungen an den Wurzelscheiden der Haarbälge zugegen sind.

In bedeutendem Grade erkranken die Haarbälge erst dann, wenn die zuführenden Gefässe verändert und das umgebende Bindegewebe von Rundzellen durchsetzt ist.

Die Zellen der äusseren Wurzelscheide sind dann voluminöser, kugelig; die Kerne derselben in Theilung begriffen, wodurch die Anzahl der Zellen vermehrt und diese in mehreren Reihen geordnet sind. Aber auch diese gehen wie die übrigen Oberhautgebilde sehr früh in Verfettung und Verhornung über, wodurch das Lumen, mit Epidermidalmassen angefüllt, bedeu-

tend erweitert erscheint. Oft sind diese so dicht aneinander gereiht, dass dadurch konische, an der Mündungsstelle der Follikel borstig zerfaserte Zapfen entstehen. Durch diese Momente erscheint der Umfang des Haarbalgs grösser. Ausnahmsweise trifft man von der Wurzelscheide ins Corium auswachsende Epithelsprossen als Anlagen neuer Haarbälge oder wirkliche Lanugobehälter an.

Vergleicht man die Gegend der Haarbälge mit der angrenzenden Nachbarpartie, so ergibt sich allerdings, dass jene häufiger in den Wucherungsprocess einbezogen sind; allein die Erklärung hiefür findet sich in den anatomischen Verhältnissen begründet. Bekanntermassen sind in der Umgebung der Follikel eine grössere Anzahl von Papillen, deren jede ein reichliches Capillarnetz besitzt. Wenn daher, wie ich oben gezeigt, die Erkrankung von den Gefässen ihren Ausgang nimmt, so werden begreiflicher Weise die mit reichlichen Gefässnetzen umsponnenen Gebilde früher und in bedeutenderem Grade in Mitleidenschaft gezogen. Diese Thatsache, welche jedem Kliniker zur Genüge bekannt ist, erklärt es auch, warum die meisten Efflorescenzen rings um die Follikel entstehen. Trägt man diesen anatomischen Verhältnissen genügend Rechnung und verfolgt man an einer ansehnlichen Anzahl von Präparaten, wie die Zellenzüge beim Lupus erythematodes gegen die Haarbälge und Talgdrüsen hin sich erstrecken, so kann man sich an correspondirenden Hautstellen von dem auffallenden Congruiren der Verbreitungswege dieser Erkrankung mit künstlich gemachter Gefässinjection sofort überzeugen. Das wesentlichste Moment für die Erkrankung dieser Gebilde bleibt daher immer das Verhalten der umspinnenden Gefässe, und nur insoferne mag es geschehen — wie bereits hervorgehoben wurde, — dass inmitten der erkrankten Stellen Talgdrüsen auch vollständig intact bleiben, wenn nemlich ihre Umgebung nicht weiter beeinträchtigt ist.

Die einfachste Erkrankung der Talgdrüse besteht in Vermehrung und Grösserwerden der Zellen, wodurch dieselbe zu ansehnlichem Umfang heranwachsen kann. Mit der Hyperplasie des secernirenden Theiles geht gewöhnlich durch Ansammlung der Talgzellen in den Ausführungsgängen eine Aus-

bauchung derselben einher; man sieht in denselben theils noch ziemlich wohlerhaltene, theils zerfallene, vacuolenartig umgewandelte Zellen, die sich an Stellen, wo der Ausführungsgang direct an die Oberfläche tritt, bis an das Rete verfolgen lassen. Manchmal kommen an einem oder mehreren Acinis Ausstülpungen oder durch das Auswachsen von Epithelzellen Anlagen oder wirkliche Drüsentheile zu Stande (Fig. 6 a). Oft nimmt indess der Process eine andere Richtung. Es treten nämlich von dem umgebenden wuchernden Bindegewebe aus Züge von Rundzellen zwischen die Acini und an die Membrana propria heran, und indem daselbst die Wucherung immer mehr überhand nimmt und stellenweise auch in das Innere der Acini hineindringt, kommt eine solche Ueberwucherung von Granulationszellen zu Stande, dass schliesslich nur vereinzelte im Centrum der Drüse gelegene Talgzellen zurückbleiben. Bei Fig. 7 ist dieser Zustand an zwei Acinis bei Vergrösserung Ocul I, Objectiv 2 abgebildet. In weit fortgeschrittenen Fällen können sämmtliche Talgzellen zu Grunde gehen und dann wird nur mehr die Configuration und Localisation über die Bedeutung des Gebildes Aufschluss zu geben vermögen.

Der Vorgang an den Talgdrüsen während des progressiven Stadiums kann somit ein zweifacher sein. Entweder es kommt zur einfachen Hyperplasie oder aber zur Wucherung von Granulationszellen, in welch' letzterem Falle die Talgdrüse oft sehr früh ihre Existenz einbüsst.

Eine besondere Disposition für die Erkrankung der Talgdrüsen kann ich, so viel ich auch darnach gesucht habe, ausser den bereits angeführten anatomischen Verhältnissen nicht auffinden. Ich kann daher der Behauptung Geddings[1]), dass „beim Lupus erythematodes die Erkrankung von den Talgdrüsen ausgeht", nicht beipflichten. Denn wenn Geddings' Aussage sich richtig verhielte, so müssten die um die Talgdrüsen befindlichen Gefässe zuerst erkranken und die Affection sich von hier aus nach oben verbreiten, wie er dies in der That an einer folgenden Stelle behauptet: „Im weiteren Stadium schreitet die

[1]) Sitzungsberichte der k. Akademie der Wissenschaften. Wien. Jahrgang 1868. p. 401.

Hyperämie und Exsudation längs der Haarbälge in die Papillen fort, es entstehen dadurch die oberflächlich gelegenen gerötheten Knötchen". Dem widersprechen jedoch sämmtliche vorgeführten Thatsachen. Was aber Geddings' Anschauung völlig unhaltbar macht, ist ein schon im Jahre 1869 von Isidor Neumann angeführter Fall [1]), bei dem an der Flachhand Lupus erythematodes-Efflorescenzen beobachtet worden sind. Seither wurden ähnliche klinische Beobachtungen öfters gemacht und ist selbst die Mundschleimhaut, wie ich einen solchen Fall an der Wiener dermatologischen Klinik zu sehen Gelegenheit hatte (Matei), von dieser Erkrankung nicht ausgenommen. Demnach muss aber auch Volkmann's Vorschlag, [2]) den erythematösen Lupus als „seborrhagicus" zu bezeichnen, von selbst entfallen. Ich halte wohl dafür, dass die beim Lupus erythematodes vorkommende Seborrhagie und das Verhalten der Follikel zwar eine wichtige pathognomische Bedeutung haben, jedoch nicht als das Wesen des Processes aufgefasst werden können. Denn tritt der Lupus erythematodes an solchen Stellen auf, wo auch die Talgdrüsen tiefer gelagert sind, so wird man jedenfalls fettig entartete Epidermialauflagerungen finden, allein das Auftreten der Seborrhagie wird so lange ausbleiben, bis der Process Zeit erhält, auch die tiefergelegenen Talgdrüsen in Mitleidenschaft zu ziehen.

Was das Ergriffensein der Schweissdrüsen betrifft, so hat schon Kaposi eingehender darauf aufmerksam gemacht. Im Allgemeinen wird diesen in der Dermatologie weniger Rücksicht geschenkt; denn vor Allem liefern die Schweissdrüsen ein unserer Wahrnehmung weniger zugängliches Product, und dann sind in der That ihre functionellen Störungen weniger in die Augen springend. Die durch das Corium und die Epidermis sich durchschlängelnden Ausführungsgänge zeigen aber, selbst wenn sie durch krankhafte Regionen ziehen, selten eine auffallende Veränderung. Betrachtet man z. B. Fig. 8, so sieht man, wie die Rundzellen von der Papillarschichte aus entlang dem

---

[1]) Beitrag zur Kenntniss des Lupus erythematodes. Wiener medic. Wochenschr. 1869. Nr. 68.

[2]) Sammlung klinischer Vorträge Nr. 13 p. 9.

Ausführungsgange der Schweissdrüsen bis tief ins Corium hinein in allmälig sich verlierender Menge um denselben gelagert sind. Die Enchymzellen des Ganges sind voluminöser und das Lumen rosenkranzartig ausgebaucht; ob aber letzterer Zustand auf Rechnung des in der Umgebung vor sich gehenden Processes zu beziehen, oder aber ein zufälliger Befund ist, vermag ich nicht zu entscheiden. Deutlicher wird man der Veränderungen ansichtig in Fig. 9. In derselben sind Schweissdrüsenknäuel aus einer solchen Partie abgebildet, wo auch die Wucherung bis zu denselben vorgedrungen ist. Man sieht innerhalb einer reichlichen Wucherung Knäuelstücke, in deren Zellen das Protoplasma grobgranulirt, der Umfang vergrössert ist; dabei ist auch ein Theil derselben in regressiver Metamorphose begriffen, indem die Zellen zu Grunde gegangen und in der mehr diffusen grobkörnigen Masse nur die Kerne noch sichtbar sind.

Bezüglich der Lymphgefässe beim Lupus erythematodes bin ich, da ich nicht in der Lage war, an denselben Injectionen vorzunehmen, ausser Stande, eine bestimmte Aussage zu machen, obschon das Verhalten der Blutgefässe und das Sichtbarwerden von weiten, dünnwandigen, mit einem Endothel ausgekleideten, in der Nachbarschaft der Gefässe befindlichen Räumen es mir wahrscheinlich macht, dass auch dieselben mitafficirt sein mögen.

Der Uebersichtlichkeit wegen bin ich bisher in der Beschreibung speciell dem progressiven Vorgange beim Lupus erythematodes gefolgt und habe nur dort, wo es der Zusammenhang erforderte, der Rückbildung Erwähnung gethan.

Der nachfolgende Theil, in welchem ich die regressive Metamorphose schildere, hat ein um so grösseres Interesse, als er einerseits dazu beiträgt, aus dem Ueberreste eines abgelaufenen Processes für die angeführten Thatsachen neue beweisende Momente zu liefern, anderseits aber ein umfassendes Bild von dem schliesslichen Ausgang des Processes zu bieten.

Das Untersuchungsobject ist einer Hautstelle eines in der Involution befindlichen Lupus erythematodes im Gesichte entnommen, welche nach der oben angeführten Methode zur Untersuchung vorbereitet wurde.

Die äusserst lehrreichen Bilder zeigen an einer zu diesem Behufe in's Auge gefassten Stelle die ganze Reihenfolge des Rückbildungsprocesses. Der geringste Grad desselben äussert sich in einem Getrübtsein der Elemente durch eine grobkörnige, moleculare Masse. Hat derselbe mehr um sich gegriffen, so kommt bald in flächenhafter, bald in mehr umschriebener Ausdehnung ein das Gewebe kaum erkennen lassendes Gewirre zu Stande. Geht man in die Besichtigung solcher Stellen näher ein, so zeigen sich dieselben wenig durchsichtig und zumeist wie aus einer Detritusmasse bestehend, in welcher einzelne Streifen von Bindegewebsbündeln, wenig elastisches Gewebe, nur ausnahmweise stark granulirte, kuglige Zellen, häufiger jedoch Kernkörperchen enthaltende, fettig entartete Kerne zu finden sind. Versucht man nun solche Stellen zu isoliren und mehr auseinander zu bringen, so ergibt sich, dass die Bindegewebsfasern, Zellen und Kerne in dunkelcontourirte, stark lichtbrechende Fettkörperchen aufgegangen, im Zerfall begriffen sind. Angrenzend an solche Partien sind die weiteren Fortschritte der Rückbildung zu finden; indem nämlich diese grob granulirte, fettig entartete Masse in Folge der Resorption immer mehr schwindet, werden die zelligen Elemente und die fixen Gewebsbestandtheile auch weniger, so dass allmälig nur ein aus gekörnten Fasern gebildetes, zartes Bindegewebsnetz mit wenigen noch zurückgebliebenen Rundzellen oder Kernen sich vorfindet. Den Abschluss dieses Processes bildet jener Zustand, bei dem die, die Reticula constituirenden fettig entarteten Fasern noch mehr geschwunden sind, so dass nur vielgestaltige Räumchen mit noch spärlichen Ueberresten von Kernen vorhanden sind. Nur an der Grenze gegen das gesunde Gewebe hin sind Bindegewebskörperchen in grösserer Anzahl vorhanden, als wenn sie zum Ersatz für den in dem Gewebe entstandenen Verlust bestimmt wären.

An jedem solchen Plaque sind kreuz und quer ziehende Gefässe reichlich vorhanden, welche aber in der Weise verändert sind, dass das Auffinden derselben trotz ihrer Weite einige Fertigkeit erfordert. Die schönsten Gefässnetze findet man unstreitig in den Papillen, ja es ist nicht selten, dass man

in 5—6 aufeinanderfolgenden Papillen die Schlingen derselben sowie die Verbindung unter einander sehen kann. Sie treten hier so deutlich hervor, wie ich sie bei keinem andern krankhaft veränderten Gewebe vorgefunden habe und wie sie die gelungensten Injectionen nicht besser zur Anschauung bringen können. Bei schwacher Vergrösserung hält man sie sehr leicht für zarte Bindegewebsbündel, allein die Verbindung mit grösseren Stämmchen und der Verlauf der Wandungen in regelmässiger Richtung klären über den Charakter derselben auf. Bei stärkerer Vergrösserung bemerkt man an den starren glänzenden Wandungen bald eine segmentartige Wölbung der Endothelanlage gegen das Lumen hineinragen, bald aber stellenweise eine schwache Verdickung oder leichte bucklige Hervorwölbung als Residuum des gewesenen Wandelementes. Gewöhnlich ziehen von diesen markirten Stellen gegen das Lumen oder nach aussen gegen das Wucherungsterrain hin zarte Fädchen, von denen man den Eindruck erhält, dass sie durch Auswachsen der Wandanlage zu Stande gekommen, früher zur Bildung der obenbeschriebenen Reticula verwendet worden sind.

Derselbe Typus von Veränderung findet sich im Allgemeinen auch an den grösseren Gefässen, den Arterien und Venen vor. Etwaige Abweichungen ergeben sich nur aus dem Unterschiede der Structur der normalen Wandungen. Wenn die Wandelemente oder die in der Wandung eingelagerten neugebildeten Zellen schwinden, wird der Zusammenhang der Schichten entweder gelockert, die Wand zerfasert, oder es kommen bei den höheren Graden vermöge der Retraction der Adventitia einerseits und der Starrheit der Intima anderseits dazwischen ganze Lücken oder umfangreiche Spalten zu Stande, wodurch die Wandungen wie mehrere neben einander gelagerte, dicke, glasig verquollene Bindegewebsbündel, die durch schwächere Züge zusammengehalten werden, erscheinen. (Tafel II, Fig. 10 a.)

Um sich über alle diese Zustände übersichtlich zu orientiren, eignen sich besonders jene Schnitte, an denen der Gefässverlauf durch die ganze Cutis verfolgt werden kann. In der Fig. 10 ist ein solches Gefäss mit den vielen Verzweigungen naturgetreu abgebildet. Man kann an demselben gerade

so wie früher bei dem Proliferationsprocesse das allmälige Fortschreiten der regressiven Metamorphose genau beobachteten. Oben in den Papillen, wo der Process zum völligen Abschluss gelangt, ist an der Wandung kaum mehr ein Zeichen von Lebensthätigkeit zu entdecken, während im tieferen Corium die Endothelien noch stellenweise erhalten sind und auch die Entartung an den Wandungen eine geringere ist. Im subcutanen Gewebe schliesslich weist die regressive Metamorphose die geringsten Fortschritte auf, ja in der tiefsten Stelle (Fig. 10 c) erlangt das Gefäss sein normales Aussehen wieder.

Ebenso sind in den Papillen in dieser Phase der Rückbildung nunmehr wenige Zellen und Kerne erhalten, die aber, je weiter wir im Gewebe nach abwärts schreiten, nicht nur numerisch zunehmen, sondern auch in ihrem Aussehen geringere Veränderungen zeigen.

An der Oberhaut ist die Grenze gegen das Rete bis auf einen schwachen linearen Saum von Bindegewebe reducirt, so dass an dünneren Schnitten der Uebergang schwer aufzufinden ist. In den Retezellen zeigt sich das Protoplasma durch Fetteinlagerung körnig getrübt, oft jedoch krümlig, so dass entweder ein Theil der Zelle mit unregelmässig aussehendem Kerne zurückgeblieben oder aber der ganze Inhalt derselben herausgefallen ist. Oft wieder ist die Zelle die glasige Verquellung eingegangen; man sieht dann die lichten Contouren der Zelle und des Kernes, während der übrige Theil einen ins grauliche stechenden Schimmer zeigt. Nimmt man noch hinzu die concentrisch geschichtete Lagerung von wächsern glänzenden Zellen, also das Auftreten der amyloiden Entartung, so ist die ansehnliche Reihe der Veränderungen in der Oberhaut so ziemlich erschöpft. Wollen wir die soeben beschriebenen Zellenschichten vermöge ihrer Lagerung und der Form der einzelnen Elemente noch als dem Rete angehörig betrachten, so bleibt für das eigentliche Stratum corneum nur ein schmaler, faltig gerunzelter epidermidaler Streifen zurück.

Was die Haarbälge betrifft, so sind diese im Allgemeinen nach Art und im Verhältnisse der ihnen entsprechenden Hornschichte und des sie umgebenden Bindegewebes verändert. Nur ausnahmsweise kommt es vor, dass auch sie durch Ueber-

wucherung von Granulationszellen zu Grunde gehen und dann pflegt ein von der Follikelmündung hinabreichendes, schief gezogenes Epithelialstück den Ueberrest anzudeuten. Dort wo früher ein regelmässiger Haarwuchs bestanden hat, bringt sich fernerhin für einige Zeit ein Lanugohärchen kümmerlich fort. Im Zusammenhange mit obigen Vorgängen steht das Verhalten der Talgdrüsen. Wenn sie nicht durch den Infiltrationsprocess zu Grunde gegangen sind, ist der Contour noch ganz gut erhalten; nur ihre Zellen selbst haben mannigfache Veränderungen erlitten. In den meisten Fällen sind sie abgeflacht, der Rand erscheint glänzend; der Inhalt ist entweder mit einer fettigen, molecularen Masse derart ausgefüllt, dass auch der Kern verdeckt ist, oder aber es haben sich durch Consumption des protoplasmatischen Theiles und Zusammenfluss des Fettes verschieden grosse, vacuolenartige Kugeln gebildet. An den zumeist veränderten Acinis (Fig. 6) dagegen sind die Talgzellen in toto zerfallen und man findet neben wenigen Zellen einen Haufen von unregelmässig gelagerten Fettkugeln und Kernen, welche nur durch das Eingeschlossensein im Balge ihren Ursprung verrathen. An den verödeten oder von der Nachbarschaft hergezerrten Ausführungsgängen entstehen durch Anhäufung von krümlich veränderten Talgzellen verschiedene Ausbuchtungen oder von der Drüse aus Milien, die oft hintereinander anzutreffen sind, während sie ein anderes Mal auf grösseren Strecken zu fehlen scheinen.

Ein sehr instructives Bild von dem Ausgange des Processes zeigen in Fig. 10 die Schweissdrüsen, wo die Knäuelstücke von erweiterten und zu Grunde gegangenen Gefässen umsponnen und in einem lockeren, grossmaschigen Bindegewebe eingebettet sind; die Enchymzellen sind einen derartigen molecularen Zerfall eingegangen, dass nur aus der schmalen Lichtung und den noch etwa zurückgebliebenen wenigen Zellen und Kernen, so wie aus den äusseren Umrissen überhaupt auf das ursprüngliche Vorhandensein der Drüse geschlossen werden kann.

Ueberblicken wir nunmehr die Gesammtresultate der Untersuchung des Lupus erythematodes-Processes, so lässt sich derselbe, wenn wir die Einzelbefunde, wie sie ja bei allen

anatomischen Untersuchungen vorkommen, nur als solche berücksichtigen, in seinen Hauptzügen ganz ungezwungen in einen gemeinsamen Rahmen zusammenfassen. Die ersten Erscheinungen eines krankhaften Zustandes bieten die in der oberen Cutisschichte gelegenen Capillaren, von denen aus die Erkrankung auf die Umgebung übergreift. Nimmt die Erkrankung überhand, so wird sie durch Fortpflanzung an den grösseren Gefässen in die Tiefe und da in das benachbarte Bindegewebe und die daselbst eingelagerten Gebilde vordringen. Das Ergebniss ist hiebei ein zweifaches. Entweder die Elemente der Gebilde nehmen numerisch zu und es entsteht dadurch eine Hypertrophie derselben, oder es kommt durch Einlagerung von Granulationszellen und der durch sie in secundärer Weise angeregten Wucherungsproducte zum Untergange. Beide Vorgänge treffen schliesslich in ihrem Ausgange zusammen, indem Alles, was afficirt ist, der fettigen oder dieser nahestehenden Entartung anheimfällt und resorbirt wird.

Je nach der Intensität und der Dauer wird durch den Schwund des Muttergewebes und der nach beiden Richtungen neugebildeten zelligen Elemente eine mehr oder weniger überhand nehmende Rarefaction der befallenen Cutispartie zu Wege gebracht, welche, da für dieselbe kein Ersatz gebracht ist, zusammengehalten mit den veränderten Spannungsverhältnissen, auch klinisch das Bild der atrophischen Narbenbildung aufweist. In Mitte einer solch' modificirten Stelle finden sich zuweilen noch einzelne Inseln gesund erhalten, die in Folge der Contraction der Umgebung prominent und die erstere Zeit gewulstet erscheinen.

Während die vorliegende Arbeit sich unter dem Drucke befindet, kommt mir ein in der Lancet, Jahrgang 1875, Vol. I. January 16 mitgetheilter Auszug eines von Dr. George Thin über Lupus erythematodes gehaltenen Vortrages zu. Um dem Autor gerecht zu werden und die in den wichtigeren Momenten übereinstimmenden Ergebnisse beider Untersuchungen darzuthun, sehe ich mich veranlasst Dr. Thin's Resultate citatweise hier anzuführen. „There was enormous dilatation of the capillaries which was most marked in the papillae and

around the sweat glands, the contour of the capillaries being mostly indicated by red blood corpuscles, with which they were filled, but the vessels themselves being visible in some of the sections...... The fact that this condition of the capillaries was found in such an early stage of the disease, and before any other changes, and that it could, if persistent for any length of time, give rise to all the changes in the tissues described by other observers, led the author to doubt, whether lupus erythematosus primarily affects the glands of the skin.

Erklärung der Abbildungen zu Tafel I. und II.

Fig. 1. Uebersichtsbild, an dem bei *a* der Beginn der Erkrankung durch Auftreten von Granulationszellen um Capillargefässe angedeutet ist, *b* zeigt das Fortgeschrittensein des Processes mit durch Epidermidalmassen erweiterter Follicularmündung, *c* Gefässabschnitte mit Zellenumlagerung, *d* Gefässe mit gegen die benachbarten Acini der Talgdrüsen vordringenden Rundzellen. (Entworfen mit Verick O_1 S_2, corrigirt S_4.)

Fig. 2. Capillarschlingen aus der Randzone des Processes. (Ausgezog. Tubus O_2 S_4.)

Fig. 3. Ein Stück einer Capillarschlinge aus Fig. 2, mit rothen und farblosen Blutkörperchen erfüllt. (Ausgezog. Tubus O_2 S_9.)

Fig. 4. Ein Längs- und zwei Querschnitte von Gefässen mit Wucherungsvorgängen an den Wandungen und im umgebenden Bindegewebe, wodurch letzteres in ein Netzwerk umgewandelt ist. In einiger Entfernung davon findet sich normales Bindegewebe vor. *a* zeigt einen Kern und mehrere Kernkörperchen im Fortsatze des Endothels. (O_2 S_8.)

Fig. 5. Bindegewebspräparat aus einem Lupus erythematosus-Herde. *a*, *b* verschieden grosse Granulationszellen, *c* Fortsatzartige Verlängerungen zeigende Rundzellen mit Kernfurchung und Theilung, *d* Spaltcontour durch den Leib einer vergrösserten Bindegewebszelle, *e* mehrfache Kern- und Kernkörperchenbildung an den Bindegewebskörperchen. (Ausgezog. Tubus O_2 S_9.)

Fig. 6. *a* Auswachsen eines Acinus der Talgdrüse, *b* beutelförmige Neubildung von Talgdrüsentheilen, *c* im Zerfalle begriffene Talgzellen. (O_2 S_4.) Die gezeichnete Talgdrüse ist einem in Involution befindlichen Wucherungsherde entnommen.

Fig. 7. Gefäss sammt Verzweigung im Gefolge von Granulationszellen an zwei Talgdrüsen-Acini herantretend, wodurch sämmtliche Zellen derselben bis auf die im Centrum befindlichen untergegangen sind. (O_1 S_2 ausgezog. Tubus.)

Fig. 8. Eine Schweissdrüse, deren Ausführungsgang zum grössten Theile durch lupös infiltrirtes Gewebe zieht und ausser einer leichten Trübung der Enchymzellen und stellenweiser, ungleichmässiger Erweiterung des Lumens keine anderweitige Veränderung zeigt. (O_1 S_4.)

Fig. 9. Schweissdrüsenknäuel inmitten von Granulationsgewebe, die Enchymzellen kugelig aufgetrieben, hie und da im Zerfalle. (O_2 S_8.)

Fig. 10. Querschnitt durch eine nach Ablauf des Lupus erythematodes-Processes zurückgebliebene atrophisch narbige Stelle aus der Wangengegend des Angulus inframaxillaris. *a*, *b*, *c* Gefäss mit Verästelungen und den einzelnen Phasen der Veränderungen an den Wandungen, *d* Grundgewebe in vielgestaltige, leere oder noch einzelne Zellen und wenige kernkörperchenhältige Kerne umfassende Räumchen umgewandelt, *e* Schweissdrüsentheile in Mitte rareficirten Bindegewebes, von glasig verquollenen Gefässnetzen reichlich umsponnen, *f* ein Theil eines entarteten Talgdrüsenacinus mit körnigem oder scholligem Zerfalle der Zellen. (O_2 S_9.)

Sämmtliche Zeichnungen sind, mit Ausnahme der von Herrn Doctor Julius Heitzmann angefertigten Fig. 1, vom hiesigen Cand. med. Herrn Albert ausgeführt.

Ueber Endoskopie und ein neues Endoskop.

Von

Dr. **J. A. Steurer** aus New-York.

Hierzu drei Holzschnitte.

(Aus der allgemeinen Poliklinik in Wien.)

Durch die Einführung des Endoskops, dessen erste Angabe wir Désormeaux verdanken, in die ärztliche Praxis ist der Diagnostik ein neues Gebiet eröffnet worden. Mit Hilfe dieses Instruments ist man nun im Stande, manche früher dunkle Verhältnisse bei Krankheiten der Harnröhre und Harnblase klar zu machen.

Es ist eine wohlbekannte Thatsache, dass gerade Instrumente ganz leicht in die Blase eingeführt werden können und es gibt Chirurgen, welche auch für gewöhnlich lieber gerade, als gekrümmte Katheder verwenden. Das von Désormeaux gebrauchte Instrument ist ein langes Rohr in Verbindung mit einem Beleuchtungsapparat; aber es lässt sich nicht läugnen, dass die ganze Vorrichtung schwer und unhandlich und die Beleuchtung im Verhältniss zur Länge des Rohrs zu schwach ist. Um die Schwerfälligkeit des Instrumentes zu überwinden, setzte Wales aus Nordamerika einen zwischen zwei Armen aufgehängten Concavspiegel mit dem Tubus in Verbindung, wobei jedoch das Licht immer in einem bestimmten Winkel einfallen muss und so die Handhabung sehr unangenehm wird. Bei beiden Instrumenten wird die Oberfläche der Harnröhrenschleimhaut mit einem an einen Draht befestigten Wattastück gereinigt. Um ein grösseres Gesichtsfeld zu gewinnen, hat Grünfeld in der seitlichen Wand des Rohres, nahe dem Ende, ein ovales, durch Glas verschlossenes Fenster angebracht und im Rohre dem Fenster gegenüber unter einem Winkel einen kleinen Spiegel. Das Instrument hat, abgesehen von der schwachen Beleuchtung in Folge seiner Länge, hauptsächlich den Nachtheil,

dass sich das Glas mit einer Oel- und Schleimschichte bedeckt und dadurch ein unbestimmtes verwaschenes Bild gibt.

Es ist eine wohlbekannte Thatsache, dass die Intensität des Lichtes im umgekehrten Verhältnisse zur Entfernung abnimmt. Die geringe Deutlichkeit der Bilder, welche alle bisher angewendeten Endoskope liefern, ist demnach in der Länge der Röhren zu suchen. Nun hat aber die männliche Urethra in ihrer natürlichen Beschaffenheit im Mittel eine Länge von 16 Cm. Von dieser Länge gehören ungefähr 12 Cm. der Pars pendula an. Diese letztere kann aber durch Druck von vorne nach rückwärts ohne die geringste Beschwerde oder irgend einen Nachtheil für den Untersuchten bis auf 5 oder 6 Cm. reducirt werden, so dass dann die ganze Harnröhre nur mehr 9 Cm. lang erscheint. Mit Benützung dieser Erfahrung habe ich nun ein Instrument construirt, welches, wie ich glaube, in Bezug auf Deutlichkeit des Bildes und Einfachheit allen Anforderungen entspricht. Es besteht aus einem $13\,^1/_2$ Cm. langen Tubus (Fig. 1) mit einer Scheibe (A) von 3 Cm. Durchmesser, welche $11\,^3/_4$ Cm. von dem unteren Ende des Rohres angebracht ist. Das Endstück des letzteren hat einen etwas verdickten Rand, um Verletzungen der Harnröhre, wie sie bei den bisher gebrauchten, ziemlich scharf endenden Endoskopröhren leicht möglich sind, zu vermeiden. Der Conductor (Fig. 2) besteht aus einer Olive und einem Handgriff, beide aus Hartkautschuk, welche durch ein Mittelstück aus Neusilber verbunden sind, welches einen bedeutend geringeren Durchmesser hat als das Lumen des Rohres. Der Zweck der Scheibe ist, eine grössere Oberfläche für den Druck auf die Pars pendula zu bieten

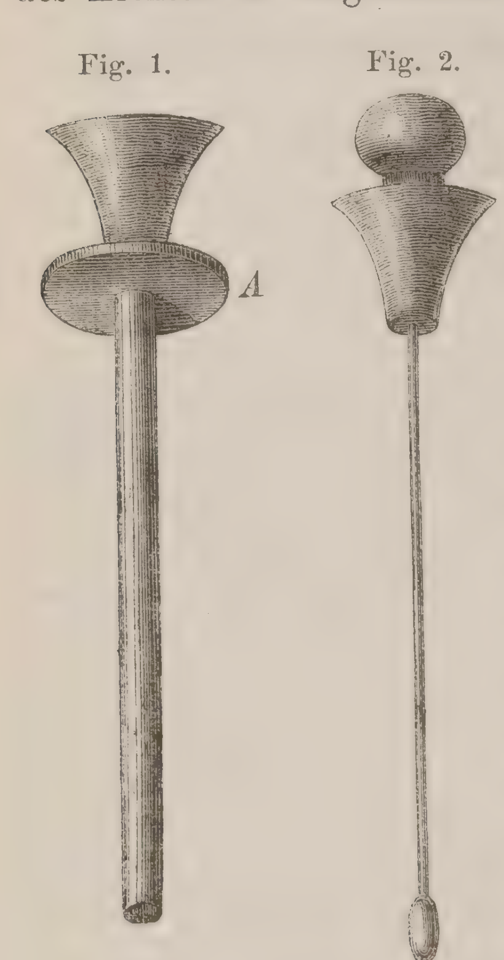
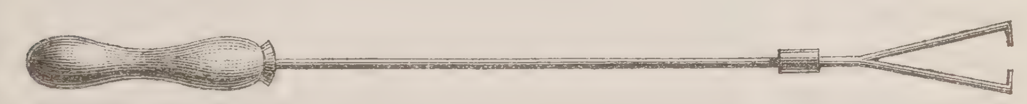


Fig. 1. Fig. 2.

und zugleich zu verhüten, dass sich die Harnröhre über das trompetenartige vordere Ende des Endoskops vorschiebe. Die Olive, welche bloss an ihrer grössten Peripherie eine Berührung mit den Wänden des Rohres zulässt, ermöglicht auf diese Weise, wie leicht begreiflich ist, die leichteste Entfernung des Mandrins aus dem eingeführten Endoskope. Für den Kranken ist dies von grosser Wichtigkeit, weil sonst der an vielen Punkten adhärirende Conductor bei seinem Herausziehen erfahrungsgemäss grossen Schmerz und eine höchst unangenehme Erschütterung verursacht. Statt der bisher gebrauchten Baumwoll-Tampons zum Reinigen gebrauche ich kleine Stücke von feinem Schwamm, welche in einem Tamponhälter, wie ihn Fig. 3 zeigt, festgehalten werden.

Fig. 3.



Um den in der Blase vorhandenen Harn zu entleeren, verwende ich überdies eine Spritze mit einem langen Ansatzrohr, welches in das Lumen des Endoskops eingeführt wird und den Harn aspirirt. Als Beleuchtungsapparat dient Gaslicht und ein Reflector oder eine Stirnbinde wie bei der Ohrenuntersuchung.

Auf den ersten Blick möchte es vielleicht unmöglich scheinen, ein so kurzes Instrument, wie das oben beschriebene Endoskop, in die männliche Blase einzuführen; gleichwohl lehrt die Erfahrung, dass dies nach einiger Uebung ohne die geringste Beschwerde für den Kranken leicht gelingt. Ich hatte Gelegenheit, die Verwendbarkeit des Instrumentes an dem reichen poliklinischen Krankenmaterial des Herrn Prof. Auspitz eingehend und durch längere Zeit zu erproben und spreche demselben hier für seine freundliche Aufmerksamkeit und seine lebhafte Unterstützung meinen Dank aus.

Was man nun mit dem Endoskop sehen kann, ist Folgendes: 1. Die obere und hintere Wand der Blase. Beide sind glatt, von zarter Fleischfarbe und lassen in der Regel keine Gefässverästelungen wahrnehmen. Hebt man das äussere Ende des Instruments ein wenig, so sieht man das Trigonum Lieutaudii, welches dunkel rosenroth, glatt und bei einzelnen Indi-

viduen von kleinen Blutgefässchen durchzogen erscheint. Zieht man das Rohr etwas zurück, so erblickt man eine Anzahl von derben Längsfalten, welche sich hinter dem Instrument zu schliessen beginnen, und erkennt die Schleimhaut des Blasenhalses. Hat man den letzteren passirt, so gelangt man in die Pars prostatica urethrae, welche dunkelroth, meist karmoisinroth gefärbt ist, und bemerkt nun zuerst das Lumen der Harnröhre in Form eines kurzen Trichters hinter dem Ende der Röhre. In vielen Fällen kann man bei Benützung eines weiten Endoskops auch das Caput gallinaginis wahrnehmen, welches wie eine Geschwulst hervorragt und das Lumen in zwei Hälften theilt. Beim weiteren Herausziehen gelangt man an eine hell fleischfarbige, nahezu der hinteren Blasenwand ähnliche Partie, welche sich jedoch von letzterer durch die Anwesenheit eines Lumens oder besser durch einen Spalt unterscheidet, welcher horizontal in der Röhre gelagert ist. Dies ist die Pars membranacea urethrae. Noch weiter nach vorne zeigt sich eine bedeutend dunkler gefärbte Schleimhautpartie, welche jedoch das Lumen ebenso wie die vorige erkennen lässt — die Pars bulbosa. Die Färbung nimmt nun immer mehr an Intensität ab und wird blass fleischroth bis zur Fossa navicularis, wo die Schleimhaut fast weiss erscheint. Nirgends an der Harnröhrenschleimhaut zeigen sich Blutgefässe.

Bevor ich die normale Harnröhre verlasse, will ich noch erwähnen, dass sich bei schrittweisem Zurückziehen des Endoskops die Schleimhaut als ein circa 3 Mm. langer Trichter in der Röhre darstellt. Diese Thatsache ist von Wichtigkeit für die Diagnostik. In Fällen nämlich, wo die Harnröhre selbst wohl genügend weit, aber das Ende derselben eng ist, und daher ein schmächtigeres Endoskop angewendet werden muss, bemerkt man eine grosse Zahl ausserordentlich feiner Streifen, welche gegen das Lumen convergiren. Es sind dies nichts weiter als die normalen Schleimhautfalten, welche nicht ausgeglichen worden sind und keineswegs pathologische Objecte, denn auch in solchen Fällen zeigt sich der Trichter und das Lumen normal.

Gehen wir jetzt zu den pathologischen Befunden über, so finden wir bei acuter Gonorrhoe den vorderen Theil der

Urethral-Schleimhaut intensiv geröthet, geschwollen, mit Eiterstreifen versehen und in das Ende der Röhre in Gestalt zweier Wülste mit einem senkrechten Spalt hereinragend. Die Berührung mit dem Schwämmchen verursacht heftigen Schmerz und es erfolgt leicht auch von freien Stücken Blutung. In dem Masse, als die Entzündung längs der Harnröhre weiter greift, nimmt sie an Heftigkeit ab und ändert nach längerem Bestande ihre Symptome; die Schleimhaut wird blasser und büsst ihren natürlichen Glanz ein (Exfoliation des Epithels). Zugleich infiltrirt sie sich mit zelligen Elementen und verliert dadurch einen grossen Theil ihrer normalen Elasticität, was sich durch die Kürze des Trichters und die Stellung des Spalts zu erkennen gibt, der jetzt statt der horizontalen die senkrechte Richtung erhält. Besteht die Affection mehrere Wochen oder Monate, so findet man je nach der Verschiedenheit der Fälle die vordere Partie fast normal gefärbt, dagegen in der Regel den Bulbustheil und den Anfang des häutigen Theiles mehr oder weniger roth und wie mit rothen Sandkörnern bestreut. Wir haben nun das Bild beginnender granulöser Schleimhaut-Hypertrophie (Urethritis granulosa), welche in dem Masse, als sie deutlicher hervortritt, wieder eine blassere Färbung annimmt. Wenn die Erkrankung in dieser Zeit nicht energisch behandelt wird, gibt sie die Grundlage zur Stricturenbildung ab. Wohl aber kann auch in diesem Stadium die Harnröhre zur normalen Beschaffenheit zurückkehren, wenn die umschriebenen Entzündungsherde und granulären Wucherungen behandelt werden, bevor sich strangförmiges Bindegewebe gebildet hat. Zu diesem Zwecke hat mir Sulf. Cupri in Substanz gute Dienste geleistet.

Zwischen diesem Zustande und jenem einer ausgebildeten Strictur ist wenig Unterschied; nur werden die ursprünglich gerötheten Stellen zuerst einfach blässer, dann aber weiss, steif, mit keinem oder einem sehr kurzen Trichter und senkrecht stehenden oder unregelmässig verzogenen Spalt, mit oder ohne Körnchenbildung. Das Vorhandensein der letzteren hängt eben von dem Masse der Vascularisation ab, sie fehlt daher öfter bei alten callösen Stricturen. Natürlicher Weise können sich diese Erscheinungen an verschiedenen Theilen der Harnröhrenschleimhaut ergeben; ihre Lieblingssitze aber sind die oben erwähnten.

Es kann als ein Axiom hingestellt werden, dass in allen Fällen, wenn an einer umschriebenen entzündeten Partie der Harnröhre Granulirung längere Zeit fortbesteht, eine Strictur in Aussicht steht. Ich meine damit nicht, dass die Granulationen sich in eine Strictur umgestalten oder sie verursachen, sondern bloss, dass sie die sichtbaren Zeichen der an der Basis des Schleimhautgewebes sich vollziehenden Veränderung darstellen, der Ueber-Ernährung nämlich, die sich durch Neubildung von Blutgefässen und Anhäufung weisser Blutkörperchen im Gewebe kundgibt, welche letztere sich allmälig in junges Bindegewebe, Narbengewebe umwandeln.

Bisweilen finden sich auch Erosionen auf umschriebenen Entzündungsherden; aber sie gehören dann nicht der Gonorrhoe an, sondern sind entweder als einfach katharrhalische oder als Herpes-Erosionen aufzufassen. Gewöhnlich ziehen diese keine ernsten Folgen nach sich, ausser Schmerz beim Urinlassen. Es ist daher gerathen, ihre Heilung durch Berührung mit Sulfas Cupri oder einer Lösung von Argentum nitricum zu befördern. Gelegentlich kommen auch polypöse Wucherungen im prostatischen Theile vor, diese können bei Anwendung eines weiten Endoskops leicht von Verwölbungen durch Hypertrophie der Prostata unterschieden werden. Bei acuter Blasenentzündung sind die endoskopischen Erscheinungen dieselben wie bei acuter Urethritis, nur beobachtet man im ersten Falle reichliche Blutgefäss-Verästlungen. Bei der chronischen Form dagegen gewahrt man weisse Flecke, von Hypertrophie des Epithels herrührend; zuweilen auch kleine Erosionen und hie und da Granula von grösserem Umfange als jene in der Harnröhre, aber immer beschränkt auf die Seiten und die Mitte des Trigonum Lieutaudii. Diese Granulationen mögen entweder kleinen Retentions-Cysten oder in seltenen Fällen vergrösserten Lymphfollikeln entsprechen.

Ich habe im Vorhergehenden nicht beabsichtigt, alle pathologischen Befunde des Tractus urinarius zu beschreiben, sondern nur flüchtige Andeutungen desselben zu geben und zugleich meinerseits auf die Verbreitung der endoskopischen Untersuchungsmethode hinzuwirken.

Zur Anatomie des Ulcus durum und molle.

Von

Dr. J. Caspary,

Privatdocenten an der Universität Königsberg.

Das makroskopische Verhalten einer entwickelten syphilitischen Sclerose ist von dem eines entwickelten ulcus molle so grundverschieden, dass man sich des Gedankens kaum erwehren kann, es müssten Unterschiede im Bau die Erklärung dafür bieten. Aber noch in der — meines Wissens — neuesten Publication über diesen Gegenstand (Die Syphilis der Haut und der angrenzenden Schleimhäute. Wien 1873. I. Lieferung, S. 56) erklärt Kaposi, gestützt auf fremde und eigene Untersuchungen: vom histologischen Standpunkte scheine es ihm nicht gestattet, im Wesen den harten Schanker vom weichen als verschieden anzusehen. Das ist weniger auffallend, wenn man sich erinnert, wie zurückhaltend die pathologische Anatomie in der Syphilidologie auftritt. Während bei der Diagnose anderer äusserlicher Gebilde, z. B. der Geschwülste, das Entscheidungswort unbestritten der mikroskopischen Untersuchung zufällt, bleibt bei den luetischen Producten die klinische Beobachtung die wichtigere. Auch heute noch gilt der Ausspruch Virchow's: „Gerade bei der Syphilis zeigt es sich sehr deutlich, dass das morphologische Product keinen absoluten Werth hat. Nur durch seine Entwicklung und Rückbildung, durch seine Geschichte, durch sein Leben bekommt es seine Bedeutung" (Ueber die Natur der constitutionell-syphilitischen Affectionen. Berlin 1859. S. 108.) Diese Resignation ist um so bedeutsamer, als sie in einer Arbeit zum Ausdruck kommt, die die reichsten Aufschlüsse über das Wesen der syphilitischen Neubildungen gab und eine wahre Reform der bisherigen

Anschauungen zu Wege brachte. Aber so schwierig oder vielleicht unlösbar die Frage nach dem specifischen Bau des Gumma und damit der anfänglichen Sclerose sein mag, die Unterscheidbarkeit des ulcus durum und molle ist darin nicht ohne Weiteres eingeschlossen. Ohne auf einen pathognomischen Befund zu rechnen, kann man immer noch versucht sein, Unterschiede im Bau der beiden sogenannten Primäraffectionen zu suchen, die sich während der grössten Zeit ihres Bestehens fast als typische Gegensätze von Geschwür und Neubildung präsentiren.

Gelegentlich histologischer Untersuchungen, die ich in den Sommerferien des vergangenen Jahres im Institute des Herrn Professor Grünhagen unter dessen Leitung anstellen konnte, ging ich daran, mir einige Schnittpräparate von ulcus molle herzustellen und für meine Vorlesungen aufzuheben. Ich hatte einem 26jährigen Manne, der seit fünf Wochen an multiplen weichen Schankern der Vorhaut und consecutiver Phimose litt, die Circumcision machen müssen; der Verlauf war der gewöhnliche (bei Anwendung Lister'schen Verbandes wohl modificirbare): schankröse Entartung der Wundfläche, schnelle Reinigung des Geschwüres und circa drei Wochen nach der Operation Vernarbung; wie erwartet, Ausbleiben secundärer Symptome. Die Schnittpräparate, die ich nach Erhärtung in Müller'scher Flüssigkeit und Alkohol, und nach Färbung theils in Haematoxylin, — theils in Carminlösung anfertigte, zeigten neben der bekannten kleinzelligen Infiltration einen auffälligen Gefässverlauf. Die sehr reichlich ausgebildeten Gefässe stiegen alle parallel senkrecht zur Papillarschicht in die Höhe. Da diese Anordnung sich nur innerhalb der Geschwüre, nicht aber in dem von solchen freien Theile der phimotischen Vorhaut vorfand, und da ich erst später belehrt wurde, dass derselbe Verlauf von Billroth im Granulationsgewebe gefunden ist, so dachte ich an die mir naheliegende vergleichende Untersuchung indurirter Geschwüre. Ich hoffte so wenig auf die Auffindung anderweitiger Strukturunterschiede, dass ich es versäumte, Zupf- oder Pinselpräparate herzustellen; ich habe dieses Versäumniss bis heute nicht nachholen können, da ich mich aus Furcht vor Zutritt eines Bubo ohne zwingenden Grund nicht entschliessen

würde, einem ambulanten Kranken ein ulcus molle zu exstirpiren. Eine solche dringende Veranlassung hat sich mir seither nicht geboten. Dagegen habe ich in drei Fällen, zweimal zugleich als curativen Versuch, das dritte Mal auf Wunsch des Kranken, Indurationen excidirt.

1. Commis L., 22 J. alt, stellte sich mir am 8. September 1875 vor. Er hatte eben erst eine Wunde am Penis entdeckt, und da er zwei Jahre früher durch viele Monate an einer Drüseneiterung nach ulcus molle gelitten hatte, suchte er sofort Hülfe. Ich fand eine erbsengrosse Induration von sehr geringer Härte, kaum erodirt, in dem inneren Vorhautblatte dicht über der Umschlagsstelle auf der Dorsalseite central gelegen. Ausser einer grossen Narbe in der linken Leiste und einer indolenten vergrösserten Drüse in der rechten, die nach der Angabe gleichaltrig mit der Narbe war, keinerlei Abnormität vorhanden, volles Wohlbefinden. Mein Vorschlag, die Sclerose zu excidiren, um so vielleicht der drohenden Lues vorzubeugen, wurde angenommen, mit einer Cooper'schen Scheere die Excision ausgeführt, und Patient mit der Weisung entlassen, eventuell Umschläge zu machen u. s. w. Aber es trat keinerlei Reaction ein, die Schnittränder verklebten ohne sichtbare Eiterbildung und ohne nachträgliche Induration. Der junge Mann versah seinen Dienst nach wie vor in vollem Wohlsein, bis Ende October Roseola und Drüsenschwellungen sich gerade so entwickelten, als wenn die Induration ihren naturgemässen Verlauf genommen hätte.

2. Buchhalter P., 30 J. alt, consultirte mich am 31. December v. J. wegen eines harten Schankers, der schon 14 Tage bestand, resp. bemerkt war. Die Oberfläche war leicht ulcerirt, die Induration ausgebildeter als im vorigen Fall, die Lage nahezu dieselbe, eine Bubonarbe links, eine Drüsenschwellung rechts wie dort vorhanden. Die nach derselben Angabe vorgeschlagene und ausgeführte Excision, bei der ich wieder im Gesunden ausschnitt, verlief zwar ohne allgemeine Reaction, indessen bildete sich Phimose aus und schnelle Induration der Wunde. Ich habe diese bis heute (30. Jänner 1876) wegen Unretrahirbarkeit der Vorhaut nicht zu Gesicht bekommen, schätze die verhärtete Stelle etwas grösser, als die anfängliche Sclerose war, und kann nicht entscheiden, ob die mässige Eiterung daher rührt oder von einer consecutiven Balanoposthitis. Auch

dieser Kranke ist vollkommen wohl geblieben und hat seine Geschäfte versehen, hat sich aber heute mit maculo-papulösem Syphilid vorgestellt, von dem ich vor 6 Tagen noch nichts gefunden hatte, und von dem der Patient übrigens auch heute nichts wusste.

3. Maschinenarbeiter N., 28 J. alt, kam am 1. November v. J. in meine Behandlung. Dem befreundeten Collegen, der mir den Kranken in die Poliklinik geschickt hatte, verdanke ich folgende anamnestische Angaben: Nachdem ein Jahr vorher ein doppelseitiger virulenter Bubo im Anschluss an ulcera mollia bestanden hatte, war Patient im Mai 1875 wieder in Behandlung gekommen wegen eben bemerkter, ausserordentlich grosser Sclerose zwischen beiden Blättern des Praeputiums mit centralem ulcus. Während letzteres unter Verband mit Cuprumlösung und innerlichem Jodkaliumgebrauch sich schnell verkleinerte, blieb die Induration unverändert. Unter einer vierwöchentlichen Inunctionscur (Mitte Juni bis Mitte Juli) heilte das Geschwür; die Sclerose fühlte sich schliesslich so an, als ob sie sich aus mehreren Theilen zusammensetzte, blieb aber in ihrer Grösse unberührt, ebenso bei erneuetem und viele Wochen fortgesetztem Jodkaliumgebrauch und örtlicher Anwendung von Emplastrum mercuriale. — Ich fand an ähnlicher Stelle wie in den früheren Fällen eine glatte, mehr als Markstück grosse, knorpelharte Induration, die an der Innenfläche des Praeputiums von einer viel kleineren centralen Narbe bedeckt, aussen unverschieblich mit der Haut verwachsen war; in beiden Leisten und an beiden Ellbogen indolente geschwellte Drüsen, sonst keine Zeichen der Lues. Nachdem noch durch subcutane Sublimatinjectionen eine Einwirkung vergeblich versucht worden war, exstirpirte ich zugleich auf dringenden Wunsch des Kranken die Induration. Dieses Mal musste ich das Messer anwenden und ein grosses Stück von dem Dorsaltheil beider Blätter des Praeputiums entfernen (die totale Circumcision unterblieb auf die Bitte des Kranken). Es erfolgte weder allgemeine noch örtliche Reaction, nach wenigen Tagen verliess der Patient das Bett, das ich ihn hatte hüten lassen; nach circa 10 Tagen waren die Wundränder überhäutet, wenig indurirt — was sie bis jetzt geblieben sind. Bis heute ist der Mann wohl, und kein Haut- oder Schleimhautleiden aufgetreten; aber ich glaube, dass die Cubitaldrüsen noch grösser und härter sind, als ich sie zuerst gefunden habe. Offenbar ist hier „die schönste Vernarbung das Werk der Kunst“.

Ausser diesen drei Sclerosen ist noch ein von entsprechender Stelle entferntes Stück von dem normalen Praeputium einer Leiche (älterer Mann) zur Vergleichung untersucht worden. Das Präparat von Fall 2 ist in Ueberosmiumsäure, die anderen gleich den ulcera mollia in Müller'scher Flüssigkeit und Alkohol erhärtet; von Fall 3 ist ein Stück nicht in Alkohol gelegt, sondern in Wasser ausgezogen und zu Zupfpräparaten verwendet worden. Ich habe die Untersuchungen alle im Institute des Herrn Professor Grünhagen ausgeführt, durchweg in freundschaftlichster Weise von demselben unterstützt.

Bevor ich die Ergebnisse meiner Untersuchungen mittheile, schicke ich einen Bericht über die bisherigen Befunde voraus. Ich folge dabei zunächst der Darstellung Kaposi's in dessen oben angegebenen Illustrationswerke: „Robin und Marchal haben das Wesen der Sclerose in der Einlagerung von fibroplastischen Kernen und Kernkörperchen in das Gewebe und einer amorphen Zwischensubstanz gesehen. — Ricord würdigte zwar den obigen histologischen Befund von Robin-Marchal, wiederholte jedoch nebenher auch die schon früher geäusserte Ansicht, dass die Induration aus einem Ergusse von plastischer Lymphe in die Lymphgefässe und das die letzteren umgebende Gewebe sich herausbilde. — v. Bärensprung fand mehr oder weniger zahlreiche Kerne (Bindegewebskörper) in einer formlosen Zwischensubstanz; derselbe meint, die Schankerinduration sei ein aus specifischer Ursache hervorgehendes, von vorne herein festes Krankheitsproduct, welches bis zu einem gewissen Grade einer Organisation fähig ist, dann aber an seiner Oberfläche körnig zerfällt. — Michaelis stellt die Induration als einen fibrösen Callus, eine Bindegewebsneubildung dar, welche an der Grenze des dem Schanker zu Grunde liegenden Exsudates eine das letztere umfassende, von ihm sogenannte Resorptionskapsel bildet. — Im Wesentlichen übereinstimmend, fanden Lindwurm (richtiger hätte Kaposi hier Buhl's Namen genannt), Auspitz, Virchow und v. Biesiadecki beim harten Schanker eine gleichmässige und dichte Zelleninfiltration des Papillarkörpers und Coriums bis ins Unterhautzellgewebe, ohne für dieselbe gegenüber anderweitigen, entzündlichen

oder neoplastischen Zelleninfiltrationen der Lederhaut besondere Kennzeichen geltend machen zu können". Nach den Untersuchungen der letztgenannten Autoren und seinen eigenen schliesst Kaposi, dass aus den histologischen Verhältnissen allein der specifische Charakter der Sclerose nicht entnommen werden könne, die klinisch erkennbaren Unterschiede zwischen hartem und weichem Schanker nicht erklärt werden. Der Erklärungsversuch Biesiadecki's (Beiträge zur physiologischen und pathologischen Anatomie der Haut, Sitzungsberichte der k. Akad. d. W. II. Abtheilung. Wien. Juni 1867. Sep.-Abdr. p. 10) scheint ihm noch am meisten berücksichtigenswerth: „Das Zelleninfiltrat der Sclerose zeichnet sich durch relative Blutarmuth und geringe seröse Durchtränkung (Trockenheit) aus. Daher die Enge der Maschen im Netzwerk, die Starrheit ihrer Begrenzungsfasern, die relative Kleinheit der Infiltrationszellen. Biesiadecki will diese Verhältnisse aus der Verengerung des Lumens der Blutgefässe erklären, welche durch die Zellenanhäufung im adventitiellen Raume der Gefässwand bedingt werde. Durch die Verengerung der Gefässlumina werde die Durchtränkung der Gewebsmasse und damit die eigenthümliche Beschaffenheit der infiltrirten Partie veranlasst, andrerseits der Stoffwechsel, die Metamorphose der zelligen Elemente überhaupt erschwert und eine Stabilität der Infiltration bedingt." „Das genannte Verhalten der Blutgefässe", fährt Kaposi fort, „habe auch ich dargethan; allein inwieferne dasselbe Ursache oder Wirkung der örtlichen histologischen Momente ist, vermag ich nicht zu entscheiden. Es fällt hiebei der Umstand schwer in die gegentheilige Wagschale, dass, wie ich übereinstimmend mit Biesiadecki gezeigt habe, auch beim weichen Schanker die Gefässwandungen sich in gleicher Weise verändert zeigen, wenn auch ihre Lumina meist dabei erweitert sind." — Ich möchte hiebei doch noch mehr als Kaposi betonen, dass durch Biesiadecki's Angaben über die Gefässe nicht nur kein wesentlicher Unterschied in dem Bau der beiden fraglichen Geschwüre gegeben ist, sondern auch seine Erklärung über den Grund der Sclerose ihre Stütze verliert. Er sagt wörtlich: „Ich habe fünf Fälle von weichen Schankergeschwüren untersucht und war nicht in der Lage, in vier Fällen von diesen

ein von der Induration abweichendes Bild zu finden. Alle vier zeigten die vorwiegende Erkrankung der Blutgefässwände, die ich bei der syphilitischen Induration beschrieb, nur in geringerem Grade. In einem Falle fehlte jedoch diese und es zeigten sich die der Dermatitis eigenthümlichen Veränderungen, nämlich Erweiterung der Blutgefässe, Quellung der Bindegewebsfibrillen und der Zellen des Stratum Malpighi etc." — Ich möchte ferner hier gleich hervorheben, dass die „allem Anscheine nach dichter und resistenter gewordenen Bindegewebsfasern (Biesiadecki)" durch Saftarmuth des Gewebes allein doch nicht erklärt werden können; um so weniger, als das Gewebe, gleichviel ob durch Neubildung im engeren Sinne oder entzündliche Schwellung, vergrössert ist und somit die Fasern weiter von einander abstehen müssen als im Normalzustande. — Ich habe ausserdem zwei wesentliche Befunde Biesiadecki's mitzutheilen, die in seinen Untersuchungen aus dem pathologischen Institute zu Krakau, Wien 1872, enthalten sind. Derselbe hat erstens gefunden, dass in der syphilitischen Induration des Praeputiums die Lymphgefässe bedeutend erweitert sind. „Es finden sich im indurirten Corium Lücken, deren Durchmesser den der Blutgefässe selbst ums dreifache übertrifft. Die unmittelbare Grenze bildet meist ein scharfer Saum, in welchem hie und da ovale bläschenartige, meist ein Kernkörperchen einschliessende Kerne eingebettet liegen. Eine besondere Membran, die etwa der der Blutgefässe entsprechen würde, findet sich nicht vor. Diese Lücken muss ich für Quer- oder Schiefschnitte erweiterter Lymphgefässe halten. . . Ich glaube behaupten zu können, dass die Lymphgefässe in einem indurirten Schanker erweitert und zum grösseren Theile mit Flüssigkeit, zum geringeren Theile mit Zellen gefüllt sind, obwohl es wahrscheinlich ist, dass letzterer in grösserer Anzahl, als aus den Präparaten entnommen werden konnte, darin sich vorfinden, da sie ja bei der Verfertigung der Präparate leicht aus denselben herausfallen konnten". Die Lichtung des Lymphgefässes, welches von dem indurirten Praeputium an im subcutanen Bindegewebe des Dorsum penis verläuft, fand Biesiadecki ausgefüllt mit einem zum Theil zerfallenden, zum Theil sich organisirenden Fibrincoagulum; in

der Lymphgefässwand zahlreiche Exsudatzellen, die in dem umgebenden Bindegewebe fehlen. Diese Verengerung oder selbst Verstopfung des subcutanen Lymphgefässes erkläre es, warum die innerhalb der Induration gelegenen Lymphgefässe jene bedeutende Erweiterung erlitten haben. — Ferner erklärt Biesiadecki, die Härte der Induration beruhe zum Theil auf Bindegewebsneubildung. „Diese Neubildung erfolgt vorwiegend in der Peripherie des Schanker's, wie es scheint an jener Stelle, in welcher sich in Folge der collateralen Hyperämie ein Oedem entwickelt hat. Man sieht an dieser Stelle in den Interstitien der Fasern zahlreiche Bindegewebszellen, welche sich durch die bedeutende Grösse (sie überschreiten an Grösse selbst die Hornhautzellen) ihrer Protoplasmasubstanz und ihrer Kerne auszeichnen. Das Protoplasma derselben ist granulirt und entbehrt einer verdichteten Begrenzungsmembran. Diese Zellen liegen meist frei in den Interstitien des Bindegewebes, manchmal auch zwischen dichter aneinandergefügten Bindegewebsfasern. Dem entsprechend sind sie entweder vielgestaltig mit mehreren Ausläufern, von denen in der Regel einer eine besondere Länge erreicht; oder dieselben sind spindelförmig mit zwei langen Fortsätzen, welche eine Strecke weit aus dem granulirten Protoplasma, nachträglich aber aus einer starren homogenen Substanz bestehen, die jener der Bindegewebsfasern gleichkommt. Unter den vielen indurirten Schankern habe ich nur in zweien die Bindegewebsneubildung verfolgen können; dieses erklärt sich leicht daraus, dass eine derartige Neubildung nur in im Wachsthum begriffenen Indurationen sich nachweisen lässt, da in den älteren dieselbe nicht nur nicht mehr stattfindet, sondern vielmehr ein Zerfall der neugebildeten Fasern erfolgt.“ — Eine viel ausgedehntere Bindegewebsneubildung beschrieb schon 1869 (Virchow's Archiv, Bd. 45, S. 117) Verson, dessen Angaben weder Kaposi noch Biesiadecki berücksichtigt haben, während ich sie bei Bäumler und Isidor Neumann citirt finde. Verson untersuchte einen indurirten Strang, der von einer fast 3 Cm. breiten syphilitischen Sclerose der Pars dorsalis der inneren Praeputiallamelle, sehr allmälig an Mächtigkeit abnehmend, bis zur Wurzel des Gliedes lief, um hier stumpf etwa noch einen Centimeter breit zu enden.

Vom eigentlichen Lymphgefässe inmitten der Geschwulst war eine Andeutung in der concentrischen Schichtung faserigen Bindegewebes zu erkennen, welche von sogenannten Exsudatkörperchen vollgepropft war. Das übrige Grundgewebe des Stranges, welcher von straffen, brüchigen Fasern umhüllt war, liess deutliche Verschiedenheiten in der Structur ersehen. Zunächst ergaben sich Stellen von bindegewebiger Structur mit Zwischenräumen, welche von rundlichen Zellen erfüllt waren. Darauf zeigten letztere ihre Form verändert, indem sie zackig oder mit längeren Fortsätzen versehen, oder spindelig ausgezogen erschienen. Ferner gab es Stellen, wo die Fasern mehr zurückgetreten waren, dafür aber ein zarteres Maschenwerk sich vorfand, dessen Balken auch einzelne Kerne aufwiesen und zwischen sich in den Lücken runde und zackige Exsudatkörperchen einschlossen. Endlich zeigte an anderen Stellen die Neubildung ein dichtes und festes Fasergefüge, welches aus unregelmässig durchkreuzten und verfilzten Fäden und zahlreichen anastomosirenden Seitenzweigen bestand, übrigens auch von Exsudatkörperchen durchsetzt war. Aus den angegebenen Structurverschiedenheiten glaubt Verson eine Reihe von Entwicklungszuständen ableiten zu können, die er in folgender Weise ordnet: Auftreten von Exsudatkörperchen in bisher normalem Gewebe, wobei sich erstere bei ihrer besonderen Anhäufung um die Gefässe nicht ohne Wahrscheinlichkeit aus dem Inhalt der Gefässe selbst ableiten liessen. Im zweiten und dritten Stadium haben die Exsudatzellen Fortsätze ausgetrieben, welche theils frei auslaufen, theils mit einander in Anastomose treten. Es geht daraus ein Maschenwerk hervor, welches durch neu hinzukommende und sich ebenso metamorphosirende Zellen immer dichter und verfilzter und schliesslich faserig wird. Genau derselbe Befund, fügt Verson hinzu, ergiebt sich mir bei der gewöhnlichen syphilitischen Induration.

Wenn ich diese histologischen Befunde, besonders in Bezug auf ihre Erklärung der Sclerose übersehe, so ist wohl die reichliche Zellenneubildung nicht im Stande, die knorpelige Härte zumal älterer Knoten hervorzubringen. Ueberdies ist dieselbe mindestens ebenso reichlich in den weichen Geschwüren.

Aehnliches gilt, gerade auch nach Biesiadecki's Angaben, von den Infiltrationen der Gefässwand und der Verengerung des Lumens. Dagegen würde der Verson'sche Befund von reichlich neugebildetem, sich immer mehr verfilzendem und starrer werdendem Bindegewebe eine genügende Erklärung bieten. Ein Hinweis der Art, aber freilich kein directer Nachweis, findet sich auch bei Cornil und Ranvier (Manuel d'histologie pathologique. Paris 1869. Première partie. S. 186): Les lésions déterminées dans le tissu conjonctif par le chancre induré ou accident primitif de la syphilis, ne diffèrent pas essentiellement de celles que produit l'inflammation dans ce même tissu. On rencontre en effet dans le chancre induré des cellules ressemblant à celles d'un bourgeon charnu: ce sont des cellules embryonnaires, rondes ou fusiformes; quelques-unes répondent à la description des globules de pus; elles sont situées au milieu d'une substance fondamentale amorphe ou fibrillaire, résistante, à laquelle le chancre doit son induration. Nous pensons que, si l'on trouve jamais dans le chancre induré des caractères qui le distinguent d'un tissu inflammatoire simple, c'est dans cette substance qu'on les découvrira.

Was nun die Ergebnisse meiner Untersuchungen betrifft, so muss ich einen Unterschied machen zwischen den frischen Indurationen von Fall 1 und 2 und der alten von Fall 3. Auch jene beiden zeigen andere mikroskopische Verhältnisse als das ulcus molle: Während bei diesem die neugebildeten Zellen in einer meist amorphen Grundsubstanz liegen, die nur spärliche und schwach contourirte Maschenzüge aufweist, ist das Balkenwerk an den meisten Stellen des ulcus durum ausserordentlich dicht, die Fasern desselben treten starr zwischen den Zellen hervor; daneben finden sich allerdings auch Stellen, in denen die kleinzellige Wucherung innerhalb amorpher Substanz liegt. Die Gefässe sind weniger zahlreich, als in dem Grunde der weichen Geschwüre; freilich kann ich darauf wenig Werth legen, weil die Phimose um die von mir untersuchten ulcera mollia schon an sich Circulationsveränderungen hervorrufen musste. Aber einen Unterschied in der überall mässigen Infiltration der Gefässwände und der Weite des Lumens habe ich im Bau der beiden Geschwürsarten nicht

finden, speciell nirgend die von Biesiadecki und Kaposi angegebene hochgradige Verengerung ihrer Lichtung constatiren können. Ich fand ferner in beiden Indurationen, nicht beim ulcus molle, reichliche klaffende Lymphspalten, ganz wie sie oben beschrieben sind, und, wieder entsprechend den Angaben Biesiadecki's, die im oberen Theile des Corium gelegenen grösser. (Der Deutung Biesiadecki's, dass der starke Druck in einem verengten oder gar verschlossenen dorsalen Lymphgefäss die Ursache des Klaffens sei, möchte ich nicht beistimmen, da diese Ursache doch bei den Präparaten nicht mehr einwirken könnte. Es liegt wohl näher anzunehmen, dass das sclerosirte, unnachgiebige Nachbargewebe die Lymphbahnen klaffend erhält). Endlich fand sich, wieder nur bei den Indurationen, eine Neubildung von embryonalem Bindegewebe, ganz peripherisch gelegen, wie Biesiadecki es angegeben hat. Der embryonale Charakter dieses Gewebes ergab sich daraus, dass die zelligen Bestandtheile, welche sich in den Lücken der fibrillär zerspaltenen Grundsubstanz vorfanden, nicht wie die gewöhnlichen Bindegewebszellen spindelförmige Kerne mit sehr spärlichen Protoplasmaresten darstellten, sondern mit reichlichem Protoplasma versehene Gebilde waren, welche in ihrer fein granulirten Körpermasse einen, mitunter auch zwei elliptische Kerne eingeschlossen enthielten. Die protoplasmatische Umhüllungssubstanz war membranlos und umgab die Kerne bald allseitig, wodurch die Gestalt der Zelle also kuglig wurde; oder war namentlich an den Polen der elliptischen Kerne angehäuft, wodurch langgestreckte Spindelzellen entstanden; oder setzte sich endlich in mehr weniger stark ausgebildete Ausläufer fort, welche die Zellform zu einer sternförmigen machten.

Wesentlich anders waren die mikroskopischen Bilder in Fall 3. Die auch hier vorfindliche Zellneubildung war in grossen Partien der Geschwulst durch dicke Bindegewebszüge zerspalten. Während an der Basis die kleinzellige Infiltration sich noch diffus vorfand, umgab sie nahe dem Papillarstratum nur die Gefässe, stets unterbrochen durch dicke Faserzüge, die auf dem Querschnitt wie Sehnenbündel aussahen. Die Gefässe zeigten auf Längsschnitten ein äusserst verengtes Lumen, die Adventitia sehr verdickt und angefüllt mit Zellen.

Daneben wieder die Lymphspalten, wie in Fall 1 und 2, und an der Peripherie, in ganz dünner Schichte, embryonales Bindegewebe.

Ich bin mir wohl bewusst, dass ich nur mit grösster Vorsicht die angegebenen Befunde verwerthen darf. Das mir vorliegende Material ist ganz geringfügig gewesen und nicht einmal so vollständig, wie ich es heute wünschen würde, (zu Zupf- und Pinselpräparaten) ausgenutzt. Aber ich glaube, einigen Grund zu der Annahme zu haben, dass der wesentliche Unterschied im Bau des weichen und harten Geschwürs darin besteht, dass bei letzterem eine Bindegewebsneubildung stattfindet, die bei dem anderen wegen des fortwährenden Zerfalls gar nicht zur Entwicklung kommt. Diese Neubildung zeigt sich auch bei frischen Indurationen in dem straffen, dichten, die Zellen allerorten umspinnenden Netzwerk; bei alten — wie sie ja nur ganz selten so lange persistiren wie in meinem Falle — in ganzen Faserbündeln, die die Zellenneubildung zerspalten. Die Gefässverengerung, die ich in den frischen Fällen vermisste, scheint mir das Product, nicht die Ursache der Sclerose. Es ist mir wahrscheinlich, dass die Faserbildung aus den Infiltrationszellen hervorgeht, nicht durch Wucherung des jungen Bindegewebes, das sich peripher vorfand, in das Innere des Knotens hinein; weil solche Formation innerhalb der Sclerosen nirgend vorhanden war. Das peripher gelegene embryonale Bindegewebe würde ich eher als eine Art Kapsel, durch reactive Entzündung erzeugt, ansehen.

Ueber den Einfluss des Erisypels auf Syphilis.

Von

Dr. A. Deahna,

Assistenzarzt der chirurgischen Klinik in Freiburg.

In der französischen Literatur findet sich eine ganze Reihe von Beobachtungen über den günstigen Einfluss, den fieberhafte Krankheiten, unter diesen ganz besonders das Erisypel, auf die Syphilis auszuüben im Stande sind.

Sabatier[1]) beschreibt einen Krankheitsfall, in welchem ein schweres Erisypel sehr rasch syphilitische Ulcerationen, Exostosen, syphilitische Knoten und eine doppelseitige Katarakt zur Heilung führte; alle diese Erscheinungen recidivirten, mit Ausnahme der Katarakt.

Rayer[2]) berichtet gleichfalls die Heilung eines Syphilids durch ein intercurrentes Erisypel.

Ricord[3]) hebt den günstigen Einfluss des Erisypels auf die Heilung phagedänischer Schanker hervor, welche bisher jeder Behandlung getrotzt hatten.

Champouillon[4]) berichtet unter dem Titel: Erisypèle salutaire zwei hierher gehörige Fälle; der eine betrifft gleichfalls einen phagedänischen Schanker, der andere eine Kniegelenksentzündung mit Caries der Gelenkflächen, perigonitischen

---

[1]) Propositions sur l'érisypèle considéré principalement comme moyen curatif dans les maladies cutanées, Thèse de Paris. 1831.

[2]) Traité des maladies de la peau. 1835.

[3]) Leçons sur le chancre.

[4]) Recueil de méd. et de chirurgie militaire.

Abscessen u. s. w., die durch ein hinzugetretenes Erisypel geheilt wurden.

Eine grössere Studie über diesen Gegenstand veröffentlichte Garrigue[1]), ihm folgte Mauriac[2]) mit einer Anzahl von Beobachtungen.

Andere Autoren verfolgten mit Interesse das Verhalten der Syphilis bei der Vaccination[3]), Papoff behandelte im Katharinen-Hospital in Moskau vom Jahre 1858 an eine grosse Anzahl Syphilitischer mit der Vaccination.

Einigemal wurde auch ein heilender Einfluss auf die Syphilis durch acuten Gelenksrheumatismus und durch acute Pneumonien constatirt.

Dieses eigenthümliche Verhalten der Syphilis gegenüber acuten Krankheiten ist bei uns in Deutschland eigentlich noch sehr wenig beachtet worden, dagegen ist schon zu wiederholten Malen rasche Resorption von Neubildungen unter dem Einfluss eines intercurrenten Erisypels Gegenstand der Beobachtung gewesen.

Der erste, der auf dieses merkwürdige Factum aufmerksam machte, war Busch, der drei Fälle dieser Art mittheilt[4]), welche Sarkome betrafen, ein Fall von Volkmann[5]) betrifft ein Narbenkeloid; Lugol, Bazin, Legrand berichten Gleiches von scrophulösen Drüsenvereiterungen, von Lupus ist es schon oft berichtet worden.

Eine Erisypel-Epidemie, die im December 1874 in der Freiburger chirurgischen Klinik herrschte, gab Gelegenheit zu den folgenden Beobachtungen an einem syphilitischen Individuum.

F. G., 27jähriger Holzknecht von einem Dorf im Schwarzwald, wurde am 25. November 1873 in das Spital aufgenommen. Er leidet seit sieben Jahren an einer ohne äussere Veranlassung entstandenen chronischen Entzündung des linken Ellenbogengelenkes, welche seit 4 Wochen zur Bildung mehrerer Fisteln geführt hat; der Arm ist in

[1]) De l'influence des maladies aiguës.

[2]) Étude clinique sur l'influence curative de l'érisypèle.

[3]) Jeltschinski, Revue médicale, 1861.

[4]) Berl. klin. Wochenschr. 1866 u. 1868.

[5]) Pitha und Billroth, Chirurgie. I. Bd. II. Abth.

beinahe vollständig gestreckter Stellung fixirt. Die Aufnahme wurde indess nicht deswegen nachgesucht, sondern wegen eines „Hautausschlags“, der seit 6 Wochen bestand und dessen Ausbruch unter starken Fiebererscheinungen erfolgt war. Das Exanthem erwies sich als ein maculös-papulöses Syphilid, welches über den ganzen Körper verbreitet war, und zwar ziemlich gleichmässig im Gesicht, am Stamm und an den Extremitäten; auf den Handtellern befanden sich ebenfalls zahlreiche Papeln.

Die Vorhaut war Sitz einer Reihe von Indurationen, durch welche eine Phimosis erzeugt wurde, am inneren Blatt bemerkte man 4 kleine Geschwüre; ausserdem bestand noch allgemeine Lymphadenitis, ein leichter Rachenkatarrh und Papelbildung an beiden Mundwinkeln. Patient wurde mit subcutanen Sublimatinjectionen, jede zu 0,01 Gr. Sublimat behandelt und erhielt deren vom 27. November bis 2. December vier. Am 3. December wurde in der Chloroformnarkose dem in gestreckter Stellung fixirten linken Arm eine rechtwinklige gegeben und hierauf ein Gypsverband angelegt.

Am Abend hatte der Kranke bereits hohes Fieber und Schmerzen im linken Arm; man erinnerte sich, dass Patient im Wartezimmer sich auf denselben Stuhl gesetzt und seinen Arm auf einen daneben stehenden Tisch gelegt hatte, den kurz zuvor ein aus der Stadt mit Phlegmone des rechten Vorderarms zur Behandlung gekommener Mann innegehabt hatte und vermuthete gleich, dass hier eine Uebertragung stattgefunden haben dürfte. Nach Hinwegnahme des Gypsverbandes erwies sich diese Vermuthung auch als richtig; es war von der Fistel der Ellenbogengegend ein intensives Erisypel ausgegangen, welches sich rasch unter sehr hohen Temperaturen, die mitunter schon am Morgen 40·5 betrugen, am Vorderarm und am Oberarm weiter verbreitete.

Im Verlaufe der nächsten Tage blasste nun das durch die 4 Sublimatinjectionen noch in keiner Weise geänderte syphilitische Exanthem rasch ab, am 10. December, also am 7. Tage des Erisypels, war von den Maculae auch keine Spur mehr zu entdecken, die Papeln, die besonders an der Innenfläche der Oberschenkel stark entwickelt waren, hatten braune Pigmentflecke zurückgelassen; die Vorhaut fühlte sich normal an, die Indurationen waren verschwunden, die Geschwüre geheilt, ebenso die Papeln in der Hand und an den Mundwinkeln. Das Erisypel verbreitete sich dann noch auf Schulter, Brust und Rücken; erst am 19. December trat rasche Entfieberung ein. Der

Kranke war durch das anhaltende Fieber in einen bedeutenden Zustand der Schwäche gerathen und erholte sich nur sehr langsam.

Er blieb nun frei von jedem Symptom der Syphilis; die kleinen Pigmentflecke waren allmälig immer mehr erblasst und kaum mehr zu erkennen.

Erst am 17. Januar 1875 bemerkte man auf der Streckseite des Vorderarms einzelne rothe Flecke; in den folgenden Tagen nahm die Zahl derselben rasch zu, so dass der ganze rechte Arm von ihnen bedeckt war, weiterhin trat noch eine, wenn auch spärliche Eruption an den unteren Extremitäten, am Bauch und dem unteren Theile des Rückens auf. Durchaus keine Roseola trat auf an allen den Stellen, die Sitz des Erisypels gewesen waren. Die Eruption des Exanthems verlief ohne Fieber, während nach der Aussage des Patienten das erste Mal beim Erscheinen der Hautaffection heftiges Fieber vorhanden gewesen war.

Am 4. Februar entwickelte sich von der Fistel aus ein neues Erisypel, welches diesmal nur den linken Vorderarm befiel; es war nicht so intensiv, wie das erste; die höchste Temperatur, die erreicht wurde, betrug 39·4, seine Dauer betrug im Ganzen nur 6 Tage. Allein schon am 3. Tage war von der kürzlich entstandenen Roseola keine Spur mehr zu sehen, so rasch hatte das ziemlich mild verlaufende Erisypel auch die von seinem Sitz am entferntest liegenden Symptome der Syphilis getilgt. Patient blieb von jetzt an frei von allen Zeichen der Syphilis, seine Kräfte nahmen wesentlich zu, so dass man am 2. März die inzwischen nothwendig gewordene Resection des linken Ellenbogengelenkes vornehmen konnte. Es ist eine bekannte Thatsache, dass Wunden bei Syphilitischen schwer zur Heilung zu bringen sind; wesshalb man bei solchen Individuen operative Eingriffe, wenn irgend möglich, erst nach längerer erfolgreicher Behandlung der Syphilis auszuführen gewohnt ist; allein hier war durch das zweimalige Erisypel die Krankheit so vollständig getilgt, dass die Heilung einer so complicirten Verletzung, wie dies eine Gelenksresection ist, einen ungestörten und günstigen Fortgang nahm, so dass die Wunde am 5. April nahezu schon geschlossen war. Bei der am 10. April stattgefundenen Entlassung des Patienten war auch nicht ein einziges Zeichen der Syphilis zu entdecken. Im August 1875 stellte er sich nochmals vor ohne Symptome von Syphilis.

Nach der mitgetheilten Krankengeschichte unterliegt es wohl keinem Zweifel, dass in unserem Falle das Verschwinden der Symptome der Syphilis dem Auftreten des Erisypels zuzuschreiben ist; denn abgesehen davon, dass die bisher eingeleitete mercurielle Therapie an und für sich viel zu kurze Zeit angewendet worden war, als dass man bereits einen Erfolg davon hätte erwarten können, war auch in der That vor dem Auftreten des Erisypels keine Veränderung in dem Aussehen des Exanthems zu bemerken gewesen. Das Verschwinden der Syphilide erfolgte aber unter der Einwirkung des Erisypels so entschieden und war so genau zu verfolgen, dass man ihm allein diesen Effect zuschreiben konnte. Eine Vergleichung der Wirkung der beiden aufeinander folgenden Invasionen ist gewiss bemerkenswerth. Das erste Erisypel befiel einen kranken Körper, der ziemlich schwer von der Syphilis heimgesucht war. Die Haut war Sitz einer weit verbreiteten recenten Eruption des specifischen Exanthems, die Schleimhaut war betheiligt, der ganze Symptomencomplex hatte einen ziemlich offensiven und progredienten Charakter an sich. Es gehörten nur sieben Tage eines heftigen, theilweise mit den höchsten Temperaturgraden einhergehenden Fiebers dazu, um die Symptome der Syphilis zum Verschwinden zu bringen. Allein dies Stadium der Latenz ging rasch vorüber, bald erschien das syphilitische Exanthem wieder, jedoch bestand ein wesentlicher Unterschied zwischen diesem und dem ersten. Die Eruption verlief viel milder, ohne Fieber, war nicht so ausgebreitet und verschonte die vorher von dem Erisypel befallenen Hautpartien. In diesem Zustande erkrankte der Patient von neuem an Erisypel. Die Infection verlief sehr milde und mässige Temperaturen genügten, um in drei Tagen die spärlichen Manifestationen der Syphilis verschwinden zu machen und Patient ist jetzt vollständig frei, selbst ein so bedeutender Eingriff, wie die Resection eines Gelenkes, wurde sehr gut ertragen, sowohl mit Rücksicht auf das Allgemeinbefinden, wie auf den localen Heilungsvorgang.

Bei der Beantwortung der Frage, wie man sich das Zustandekommen der Heilung zu denken habe, müssen wir eine zweifache Wirkung der Erisypelinfection unterscheiden. Das Verschwinden der von dem eigentlichen Sitz des Erisypels weit

entfernten Syphilide werden wir auf Rechnung des fieberhaften Allgemeinzustandes schreiben müssen, indem wir annehmen, dass der vermehrte Stoffumsatz während des Fiebers nach und nach das Einbeziehen der in das Gewebe deponirten indifferenten Zellen herbeiführt.

Wie nun die Betrachtung der meisten Fälle zeigt, ist diese allgemeine Wirkung in ihrem dauernden Effect nicht von grosser Bedeutung. Nach Verlauf einiger Wochen pflegen Rückfälle gewöhnlich sich einzustellen. Von viel nachhaltigerem Effect sind die localen Wirkungen, d. h. die Wirkungen an den Stellen, wo das Erisypel selbst zum Ablauf gekommen ist, und zwar dürften dieselben, wie Bäumler[1]) meint, dadurch bedingt sein, dass durch die im Gefolge des Erisypels eintretende stärkere Fluxion ein regerer Stoffwechsel eingeleitet wird und die in das Gewebe eingebetteten Zellen entweder rascher zerfallen und zur Resorption gelangen, oder wieder in Bewegung gesetzt werden. Dieser Resorptionsprocess scheint unter Umständen ein so intensiver zu sein, dass die betreffenden Hautpartien für längere Zeit gegen die Syphilis immun bleiben können, wie aus unserem Falle hervorgeht.

---

[1]) Syphilis. pag. 237. Leipzig, 1874.

Ein Fall von bleibender Veränderung der Haar- und Hautfarbe nach Scharlachfieber.

Mitgetheilt von

Dr. **Wallenberg** in Danzig.

Der $21\frac{1}{2}$ Jahre alte Handlungsreisende H. W. erkrankte am 4. Januar 1869 am Scharlachfieber. Die Röthe der Haut war eine sehr intensive, die Hyperämie der Fauces mässig; der Urin blieb während der ganzen Dauer der Krankheit frei von Eiweiss. Der Abschuppungsprocess nahm einen eigenthümlichen Verlauf. In den meisten Fällen von Scharlachfieber stösst sich bekanntlich die Epidermis in kleineren oder grösseren Fetzen ab und darunter tritt die normale Haut wieder zu Tage; dies geschieht auch dann, wenn, wie beim Scharlachfriesel, einzelne mohnsamenkorngrosse Bläschen die Epidermis von der Schleimschicht abheben. Seltener ist es, dass grössere Blasen mit entweder serösem oder eitrigem Inhalt sich bilden, die dann platzen und die Schleimschicht frei zu Tage treten lassen[1]). In unserem Falle aber wurde fast von der gesammten Körperoberfläche die Oberhaut durch Exsudat von dem Rete Malpighii abgehoben, so dass dieses an handtellergrossen Stellen zum Theil frei dalag, zum Theil von Schleimkrusten bedeckt war. An einzelnen Stellen, zum Beispiel an den Lidern, dem Nacken, den Unterschenkeln bildeten sich im Unterhautzellgewebe Abscesse, und musste dem Eiter durch Incisionen Abfluss verschafft werden. Da im Beginne des Abschuppungsprocesses Bäder zu nehmen hartnäckig verweigert wurde, so zog sich derselbe etwa vier Wochen lang hin. Dabei stiessen sich die Nägel der Finger und Zehen ab, das Kopf- und Barthaar, die Brauen, die Wimpern, das Haar an den Geschlechtstheilen und das feine Wollhaar am ganzen Körper gingen vollständig verloren.

---

[1]) Vogel, Lehrbuch der Kinderkrankheiten. IV. Auflage. pag. 402.

Ist nun dieser Abschuppungsprocess schon ein sehr merkwürdiger, so ist es noch mehr die Folge desselben, die Veränderung der Farbe des Haares und der Haut. H. W. hatte vor seiner Erkrankung einen bräunlichen Teint und dunkelbraune Haare; nach der Abschuppung wurde das neu wachsende Haar weiss, wie bei einem Albino, und die Haut fast milchweiss mit einem Stich ins Röthliche.

Die mikroskopische Untersuchung der Haare, welche Herr Professor Perls in Giessen vorzunehmen die Güte hatte, ergab Folgendes: „Die Haare verhalten sich wie sonstige angeborene oder senil-albinotische; das heisst, die Rindensubstanz ist bis auf ganz minimale Spuren vollständig farblos, die Marksubstanz Strecken hindurch von dichten Luftbläschen durchsetzt (dunkel bei durchfallendem, hell bei auffallendem Lichte), auf anderen Strecken dann wieder vollständig frei von Luftblasen, und es sind alsdann ohne weitere Behandlung die Markzellen aufs Deutlichste zu erkennen. Eine abnorme Luftentwicklung im Mark ist nicht vorhanden.

Die Ursache dieser merkwürdigen Farbenveränderung des Haares und der Haut, welche sich bis jetzt unverändert erhalten hat, ist offenbar darin zu suchen, dass die Pigmentzellen der Haut, welche in der untersten Schicht des Rete Malpighii, sowie die der Haarzellen, welche um die Haarpapillen gelagert sind, bei dem tiefgreifenden Entzündungsprocess an der gesammten Hautoberfläche zu Grunde gegangen sind.

So weit ich mich in der einschlägigen Literatur umgesehen habe, finde ich einen ähnlichen Fall von erworbenem allgemeinen Albinismus noch nicht mitgetheilt.

Beigel, welcher einige Fälle von partiellem erworbenen Albinismus beobachtet hat [1]), führt als prädisponirende Ursachen zu demselben Typhus, Scharlach und gestörte Uterinfunctionen an, und hält abnormen Nerveneinfluss für den Grund dieser Krankheit. Im Gegensatz zu diesen Beobachtungen ist die Ursache des Albinismus in unserem Falle nur in der anatomischen Veränderung der pigmentführenden Hautschicht zu suchen.

---

[1]) Verhandlungen der kaiserlichen Leopoldino-Carolinischen deutschen Akademie der Naturforscher. XXXI. Bd.

Schliesslich will ich noch anführen, dass die Haut des W. (vielleicht in Folge des mangelnden Pigments?) ungewöhnlich reizbar geworden ist. Als etwa acht Wochen nach vollendeter Abschuppung wegen einer beginnenden Entzündung am rechten grossen Ballen etwas graue Salbe dort eingerieben wurde, zeigte sich bald eine diffuse Röthung der ganzen Haut. Vier und ein halb Jahr später bekam W., nachdem er auf einer Reise sich den directen Sonnenstrahlen im heissen Sommer längere Zeit exponirt hatte, ein acutes universelles Eczem, welches mit Abschuppung der gesammten Oberhaut endete. Das Eczem wiederholte sich, nachdem W. wegen eines Intermittensanfalls eine grössere Dosis Chinin genommen hatte, und noch in der jüngsten Zeit hat derselbe wieder ein universelles Eczem mit Abschuppung der Oberhaut durchmachen müssen, nachdem er ohne mein Wissen gegen Morpionen graue Salbe eingerieben hatte.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Hautkrankheiten.

1. **Bulkley.** Die Beziehungen des Nervensystems zu den Hautkrankheiten. (Arch. of Electrology and Neurology Nov. 1874 und Mai 1875. — Am. Arch. of Derm. 1875, Vol. II, Nr. 1.)
2. **Balmanno Squire.** Ueber die Topographie der Hautkrankheiten. (London, 1875.)
3. **F. Taylor.** Ein Fall von Harnstoff-Absonderung durch die Haut. (Guy's Hosp. Rep. Vol. 19, 1874.)
4. **Botkin.** Hyperidrosis universalis. (Berliner klin. Wochenschr. 13, 1875.)
5. **Hart.** Blutschweiss. (Richmond and Louisville med. Journ. 1875.)
6. **Busch.** Ueber Transplantationen getrennter Hautstücke. (Verh. der niederrhein. Ges. in Bonn 1875.)
7. **Hickl.** Erfahrungen und Beobachtungen über die Transplantation gänzlich abgetrennter Hautstücke. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 31, 1875.)
8. **Schweninger.** Ueber Transplantation und Implantation von Haaren. (Habilitationsschr. München 1875. 44 S. 3 Tfln. Centralblatt. Nr. 48, 1875.)

Bulkley behandelt (**1**) die Beziehungen zwischen Nerven- und Hautkrankheiten ausführlich, indem er zuerst die anatomischen, physiologischen und allgemein pathologischen Verhältnisse eingehend beleuchtet und dann auf den klinischen Standpunkt übergeht. Er trennt die eigentlichen Neurosen der Haut von jenen Fällen, wo das Nervenelement offenbar einen wesentlichen Factor der Erkrankung bildet, ohne dass bestimmte anatomische Beziehungen

nachweisbar wären, und fordert zu Berücksichtigung dieses Umstandes bei der Therapie auf.

Balmanno Squire macht (2) auf die Wichtigkeit der topographischen Verhältnisse für die Diagnose der Hautkrankheiten aufmerksam und führt eine Anzahl von Beispielen hiefür an. So den Lupus erythematosus im Gegensatze zu L. simplex; Ephelis im Gegensatze zu Lentigo. Bei ersterer (unserem Abgebranntsein) sitzt nach dem Verf. von der Mitte der Stirne an gegen die Nasenwurzel ein grosser, an der Peripherie deutlicher als im Centrum markirter ovaler Plaque, der sich nach den Seiten weiter erstreckt, indem über den Augenbrauen eine Art zweiter Brauen, nach abwärts zu bei den Seiten der Nase zwei Flügel hervortreten, welche sich wieder in zwei Streifen auf beiden Wangen theilen. Ueberdiess finden sich auf der Oberlippe zwei Inseln vor, ähnlich den falschen Augenbrauen. Lentigines (Sommersprossen) haben ihr Centrum in der Mitte der Wangen in Form von grossen Flecken, die völlig von einander getrennt sind.

Ebenso bespricht Verf. den Unterschied zwischen Acne syph. und non syph., jenen zwischen den verschiedenen Arten von Läusen, setzt die Localisations-Verhältnisse bei Scabies auseinander, und schliesst mit einer Beleuchtung der verschiedenen Formen von Alopecie.

Ueber einen Fall von Harnstoff-Absonderung durch die Haut referirt F. Taylor (3). Eine Patientin litt an Albuminurie in Folge granulöser Entartung der Nieren und an Urämie. Zwei Tage vor ihrem Tode erschienen ihr Gesicht und zum Theil auch ihre Hände wie gesprenkelt und auf der Haut fanden sich, derselben ziemlich anhaftend, Harnstoff-Krystalle.

Botkin berichtet (4) über einen Mann mit einseitiger Schweisssecretion, welche nur durch das Essen hervorgebracht wurde. Die Hyperidrose betraf die rechte Gesichtshälfte, den rechten Theil des Nackens und die rechte Schulter. Die unteren Körpertheile waren während des Essens wärmer und etwas feucht. Der Schweiss stand in grossen Tropfen, die rechte Temporalarterie pulsirte lebhaft und die Haut wurde mehr oder weniger hyperämisch. Reizte Verf. den Grenzstrang des Sympathicus durch den Inductionsstrom, so folgte

kein ähnlicher Anfall, wohl aber wenn Patient inzwischen zu essen begann. Wurde der Kranke während des Essens faradisirt, so trat der Anfall weniger stark auf. Die electrocutane Sensibilität der rechten Wange war vermindert. Im Allgemeinen schien das Nervensystem nicht alterirt zu sein.

(Ref. kennt einen Collegen in Wien, der nach dem Genusse von Käse und nur von diesem sofort auf der einen Gesichtshälfte in grossen Tropfen zu schwitzen beginnt.)

Folgenden Fall von Blutschweiss erzählt Hart (5): Ein 25jähriger Maler klagte seit 5 Tagen über Frösteln, Benommenheit, Schmerzen im Kopf, in der Rücken- und Magengegend und bekam allmälig stärkere Schläfrigkeit, Uebelkeit und Erbrechen. Dann wurden plötzlich sämmtliche Entleerungen, das Erbrochene, die Stühle, der Urin und der Auswurf blutig und 5 Tage nach der Erkrankung sickerte aus zahllosen Punkten der Haut blutige Flüssigkeit (die nicht weiter untersucht wurde), welche die Kleider und Bettwäsche färbte und unter welcher die Haut von normaler Beschaffenheit erschien. Am folgenden Tage bestanden die Blutausscheidungen noch fort, nur die auf der Haut hatten nach Einreibung einer Terpentinsalbe auf den ganzen Körper aufgehört; heftiges Jucken, rechtsseitiger Pleura-Erguss, Krämpfe und Sehnenhüpfen. In den folgenden Tagen nahm die Somnolenz und Schwäche mit kurzen Unterbrechungen zu; die Respiration blieb äusserst verlangsamt, bis auf 2 in der Minute, Puls beschleunigt und schwach. Die Temperatur stieg vorübergehend auf 38·4°, am Herzen war eine Zeit lang ein Geräusch zu hören, der Urin wurde trüb, eiweisshaltig, und unter zunehmender Schwäche trat am 13. Tage der Tod ein. Die Section konnte nicht gemacht werden.

Busch bespricht (**6**) die Versuche, gänzlich getrennte grössere Hautstücke auf einen anderen Boden zu transplantiren, und theilt mit, dass der erste Versuch einer solchen Plastik, der sogenannten älteren indischen Transplantations-Methode, im Jahre 1823 von Bünger in Marburg gemacht wurde. Bünger schnitt in einem Falle, in welchem weder die Haut der Stirne, noch die des Armes für eine Rhinoplastik geeignet war, ein grosses Stück Haut aus der vorderen und äusseren Seite des Oberschenkels

aus und pflanzte es auf den wundgemachten Nasenstumpf. Ein Stück der Haut starb zwar ab, aber der grösste Theil des Lappens heilte an. Später angestellte Versuche von Dzondi misslangen, und Dieffenbach sagt ausdrücklich, dass sämmtliche Versuche, welche er bei Menschen mit ganz getrennten Hautstücken anstellte, misslungen seien, bis auf ein paar Fälle, in welchen irgend ein kleiner Winkel des Lappens erhalten wurde. Auch hier stiess sich noch die oberste Schichte des Coriums ab.

Erst als Reverdin gelehrt hatte, dass minimale, oberflächlich abgeschnittene Cutisstückchen sich auf granulirende Flächen verpflanzen lassen und dort, festwachsend, neue Narbeninseln bilden, versuchte man auch wieder die Ueberpflanzung etwas grösserer Cutisstücke, welche aus der ganzen Dicke der Haut herausgeschnitten waren. Mit wechselndem Erfolge sind an verschiedenen Orten und auch vom Vf. diese Ueberpflanzungen grösserer Cutisstücke vorgenommen worden. Die meisten sind abgestorben, einige aber unter den bekannten Erscheinungen angeheilt. Das grösste, dessen Anheilung B. gelungen war, hatte etwa einen halben Quadratzoll Oberfläche. B. stellte einen Patienten vor, bei welchem Albers in Essen die Ueberpflanzung sehr grosser Hautstücke vorgenommen hat. Der Patient hatte vor 10 Jahren eine ausgedehnte Verbrennung an den unteren Extremitäten erlitten, in Folge deren grosse ulcerirende Flächen zurückgeblieben waren. Nach langer Ruhe trat wohl zuweilen Vernarbung ein, aber die dünnen Narbenmassen platzten immer wieder, sobald sie bei der Bewegung gespannt wurden. Albers schnitt vor 2 Jahren 2 grosse Hautstücke aus der Haut über den Brustmuskeln und pflanzte diese in der durch die Spannung bei der Bewegung am meisten beeinträchtigten Gegend der Dorsalseite des Knies ein. Nunmehr sehe man einen Hautlappen von der Grösse eines Handtellers und einen anderen kleineren, etwas grösser als einen Quadratzoll, fest und dauernd mit der Umgebung verwachsen. Die Versuche über die Innervation ergaben nun, dass diese von einer ganz anderen Hautstelle hergenommenen Lappen, bei welchen keine Ernährungsbrücke einen Nervenzusammenhang erhalten hat, empfinden und dass der Patient die Reizungen richtig localisirt. Die Empfindung ist nach Aussage des Patienten dumpfer als an gesunden Hautstellen, am deutlichsten ist sie in der Nähe der Narbe, am undeutlichsten im Centrum des Lappens. Da die

Reizungen mit einer scharfen Nadel vorgenommen werden, und da die Dicke der Lappen eine beträchtliche ist, so ist wohl der Verdacht ausgeschlossen, dass der Patient nur durch den Lappen hindurch den Druck des Instruments fühlt, und B. glaubt demnach auch diesen Fall als Beweis dafür anführen zu können, dass die Nerven des Bodens, auf welchen der Lappen verpflanzt ist, durch die Narbe in den letzteren hineingewachsen sind.

Hickl berichtet aus Weinlechner's Abtheilung (7) über Transplantationsversuche an 62 Fällen. Von 1296 Hautläppchen hafteten 765 (59 %) beim ersten Verbandwechsel nach 24 Stunden, 98 (7 %) waren zweifelhaft und 433 (33 %) hafteten nicht. Von den zweifelhaften Läppchen fielen 21 (1 %) später ab, so dass die Gesammtzahl der angeheilten Läppchen 842 (65 %), die Gesammtzahl der abgefallenen Läppchen 454 (35 %) beträgt.

Verf. bemerkt, dass nur auf Geschwüre transplantirt wurde, die sich bereits von den Rändern her benarbten und gesunde Granulationen besassen; nur in einer sehr geringen Anzahl von Fällen waren die Granulationen ödematös, doch auf so beschaffenen Granulationen hafteten die transplantirten Läppchen nicht oder nur sehr selten. Es ist erwähnenswerth, dass reichliche Eiterung die Anheilung der Läppchen keineswegs verhindert, wahrscheinlich desshalb, weil man den Verband öfters, anfangs alle 24, späterhin alle 12 Stunden wechselte. Die topographische Lage der Geschwüre übte insoferne einen Einfluss auf den Erfolg der Transplantation, als bei Geschwüren, die an Knochen fixirt oder von strammen Narben umgeben waren, die transplantirten Läppchen häufig abfielen und erst hafteten, nachdem die Narbenspannung durch Circumcision des Geschwüres behoben war. Die Dauer und die Ausdehnung der Geschwüre, das Alter, die Ernährung und die Constitution der Kranken hatten keinen sichtlichen Einfluss auf den Erfolg der Transplantation. Ja selbst bei alten, schlecht genährten und dyskrasischen Individuen gelang sie, ferner an syphilitischen Geschwüren.

Es scheint, dass die Wahl der Instrumente auf den Effect der Operation selbst von keinem Einflusse ist. In der That wurde in einer geringen Anzahl von Fällen mit ganz gutem Erfolge statt der Hohlscheere das Spitzbistouri gebraucht. Nur ist darauf zu achten, dass kein Unterhaut-Fettgewebe in die Läppchen mitgenommen wird

und die Läppchen nicht sehr gequetscht werden. Mit Unterhaut-Zellgewebe versehene Läppchen haften nämlich nicht und stark gequetschte Läppchen nekrosiren an der Quetschungsstelle. In seltenen Fällen transplantirte man nach vorläufigen seichten Einschnitten in die Granulationen hinein, wie dies Reverdin ursprünglich empfahl.

Von der reinen Epidermis-Transplantation nach Fiddes, indem abgeschabte Epidermisschuppen auf Geschwüre aufgestreut wurden, zeigte sich kein Erfolg.

Die zu transplantirenden Hautläppchen stammten grösstentheils, 67 Mal, von eben amputirten Gliedmassen oder von exstirpirten Geschwülsten, 17 Mal aus den Bauchdecken desselben, 3 Mal aus den Bauchdecken eines anderen Individuums, 6 Mal aus der Innenseite des Oberarmes desselben Individuums; 3 Mal aus der Vaginalschleimhaut von Kranken mit Blasenscheidenfisteln.

Zum Verbande nach der Transplantation verwendete man meist Stanniol, der mit Heftpflasterstreifen auf die Läppchen niedergedrückt wurde; nur in sehr seltenen Fällen fixirte man die Läppchen direct mit Heftpflasterstreifen. Erstere Verbandmethode erwies sich geeigneter. In Fällen von Narbencontractur wurde bisweilen mit Erfolg die Circumcision derselben ausgeführt. Ausgehend von der Erfahrung, dass Druck ein sehr wirksames Mittel ist, um Epithelialwucherungen hervorzurufen, setzt Maas (Volkmann's klin. Vorträge Nr. 60) die jungen Narben längere Zeit hindurch einem permanenten Drucke aus, durch den Baynton'schen Heftpflaster-Druckverband oder noch wirksamer durch Application von Emplastrum consolidans, das mittelst einer Rollbinde befestiget wird; er hat nach diesem Verfahren eine andauernde Heilung ausgedehnter Fussgeschwüre durch Jahre hindurch beobachtet. Allerdings müssen Versuche in dieser Richtung noch sicherstellen, ob durch die Combination dieser Methoden der Erfolg der Reverdin'schen Transplantation in der That erhöht werden kann.

Verf. glaubt schliesslich, dass es Fälle gibt, wo gewisse Modificationen des Reverdin'schen Verfahrens Vorzügliches zu leisten im Stande sind. Natürlich muss man dann absehen von der ursprünglichen Intention Reverdin's, Ueberhäutung durch Epidermisbildung zu erreichen, und man muss, will man den angestrebten Zweck erreichen, wirkliche Hauttransplantation nach Ollier vornehmen.

Ollier's Verfahren besteht bekanntlich darin, dass er Stücke aus der ganzen Dicke der Haut nimmt, also eine „Greffe dermo-epidermique“ macht. Nachdem nun durch Driver's Versuche sichergestellt ist, dass dergleichen Hautpfropfungen ganz gut auf frischen Wunden gelingen, so ist man hinsichtlich dieser Methode zu den schönsten Hoffnungen berechtiget, um so mehr, als bereits diessbezügliche nennenswerthe Resultate von Wolfe, Wecker, Illing und Becker vorliegen.

Durch Auflegen oder leichtes Einstecken von Haaren auf granulirende Wunden erzielte Schweninger (8) von hier ausgehende Narbenbildung wie bei der Transplantation von Hautstückchen, vorausgesetzt, dass an den Haaren die äussere Wurzelscheide noch vorhanden war. Der Haarschaft allein war unwirksam. Wurden Haare mit Wurzelscheide durch eine Stichwunde in der Cornea in die vordere Augenkammer gebracht und mit ihrer Wurzel auf die Iris gelegt, so entstand in einigen Fällen eine innige Verbindung zwischen der Iris, welche faltenartig das Haar umgriff, und der Wurzelscheide, deren Zellen zuweilen Pigment aufnehmen; der Haarschaft blieb immer von der Iris getrennt. In einem Falle wurde nach $3^1/_2$ Monaten auch eine von den Epithelzellen der Wurzelscheide ausgegangene Zellwucherung gefunden, welche zum Theil die vordere Augenkammer in der Gegend des Margo ciliaris der Iris ausfüllte, zum Theil in das angrenzende Irisgewebe hinein sich erstreckte. Bemerkenswerth ist noch, dass die Operation weder an der Cornea, noch an der Iris ausgedehntere Reactionserscheinungen hervorrief.

9. **Klein.** Untersuchung über die Schafpocken. (Philosophical Transactions of the Royal Society, vol. 165, pt. 1, 1874.)
10. **Burton.** Einfluss der Vaccination auf den Fötus im Uterus. (Brit. med. Journ. 9. Jänner 1875.)
11. **Papillaud, Lombard.** Pocken nach der Impfung. (Gaz. méd. de Paris 26. März und 2. April 1875.)
12. **Letzerich.** Ein Fall von Diphtherie der Impfwunden, Tod etc. (Virchow's Archiv, 65. Bd., 1. und 2. Heft 1875.)
13. **Hagenbach.** Zur Aetiologie des Scharlach. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. VIII. Bd. 1875.)

14. Addy. Partielle Hemiplegie und Amnesie nach Scarlatina. (The Lancet. 8. Mai 1875.)

15. Mahomed. Ueber Reconvalescenz nach Scarlatina. (The Practitioner. Juli 1875.)

16. Traube. Ein mit Morbillen behafteter Kranker inficirt sich mit Variola. (Aus den Charité-Annalen pro 1874; Berlin I. Band 1876.)

Klein hat (9) eine Reihe von Untersuchungen über die Schafpocken in dem Laboratorium der „Brown Institution" in London angestellt. Zuerst machte er vier Injectionen von Vaccine bei Schafen mit der Pravaz'schen Spritze mit positivem Erfolge. Hierauf schnitt er die Pockenbläschen aus und untersuchte theils ihren Inhalt mikroskopisch, theils härtete er sie und fertigte daraus Schnitte an. Die Untersuchung der frischen Lymphe ergab, analog den bekannten Angaben von Keber, Hallier, Chauveau, Sanderson, Cohn, die Gegenwart von Pilzen in der Lymphe in der Form von Mikrococcus. Die von Sanderson und Cohn beschriebenen runden Körner hält er jedoch nicht für den richtigen Mikrococcus der Variola, sondern für Mikrococcus in hydropischer Aufblähung. Der wirkliche Mikrococcus der Variola steht nach Verf. in genetischem Zusammenhange mit einem Fadennetze, welches die Matrix des Mikrococcus bildet.

Die anatomische Untersuchung der Pocke führte den Verf. im Grossen und Ganzen zu jenen Bildern, welche Auspitz und Basch [1]) bei menschlicher Pocke beschrieben haben. Beim frühesten Stadium der „primären Pustel" fand auch er Anschwellung der Zellen des Malp. Netzes, dieselben theilweise in Theilung begriffen; im Corium Infiltration mit Lymphkörperchen, die Wände der Blutgefässe verdickt. Ueberdiess aber beschreibt Verf. scharf conturirte sphärische Körperchen im Interfasciculargewebe der Cutis, welche er als Pilzelemente diagnosticirt. Diese finden sich auch in den Lymphkanälen und in den erweiterten Lymphgefässen und liegen oft in ein Netzwerk (Mycelium) eingebettet, welches sich offenbar durch Theilung der Rundkörperchen aus ihnen herausbildet.

---

[1]) Aus dem Context geht übrigens hervor, dass Kl. diese in Virchow's Archiv erschienene Arbeit nur aus dem flüchtigen und unzureichenden Citate in Neumann's Lehrbuch der Hautkrankheiten kannte.

Bemerkenswerth ist die Angabe des Verf., dass sich schon in diesem frühen Stadium ein neues Hornstratum in der mittleren Lage des Malp. Netzes bilde, welches sich nach und nach an die alte Hornschichte anschliesse. (Das kann nur ein Missverständniss sein und sich auf das Decrustationsstadium beziehen, in welchem Auspitz und Basch in der That diese Bildung eines neuen Hornstratums beschrieben haben. Diese Annahme ist um so wahrscheinlicher, als Verf. auch von einer gleichzeitig vorhandenen Depression (Delle) spricht, die ja im Knötchenstadium der Pocke niemals vorhanden ist. Ref.)

Von dieser Delle behauptet Verf., dass sie keineswegs, wie früher behauptet worden war, durch den Zug der Drüsenbälge oder Haarfollikel entstehe, aber auch nicht, wie Auspitz und Basch angeben, von der ungleichförmigen Anfüllung der Pocke mit Eiter herrühre, wovon ja nach Verf. erst im Pustulationsstadium die Rede sein könne. (Freilich! Ref.)

Im Pustelstadium tritt nach Verf. das Maschenwerk (zuerst von Auspitz und Basch beschrieben, wie dem Verf. unbekannt zu sein scheint, Ref.) auf, welches aus den Zellen des Rete Malp. durch Abplattung und Vacuolenbildung sich bildet. In den Maschen finden sich Eiterkörperchen und Pilzsporen nebst Mycelium. Selbst in einzelnen Eiterkörperchen kommen Mikrococcuskörner vor. Ueber die Decrustation gibt Verf. keine Mittheilungen.

In mehreren Fällen beobachtete Burton (**10**), dass Kinder von Müttern, die während der Schwangerschaft geimpft worden waren, nach ihrer Geburt für die Vaccine empfänglich waren. Eine Uebertragung der Vaccine vom mütterlichen Organismus auf den des Fötus im Utero findet also nicht statt.

Papillaud und Lombard weisen darauf hin (**11**), dass bisweilen die Impfung, auch zu wiederholten Malen versucht, nicht anschlägt und doch nachher Ansteckung mit Pocken erfolgt. Während jedoch der Erstere für Variola-Inoculation in solchen Fällen spricht, schliesst sich Lombard dieser Meinung im Hinblick auf die Gefahr für die Gesammtheit nicht an.

Letzerich erzählt (**12**) einen Fall von Diphtherie auf Impfstellen, welcher allgemeine Diphtherie und der Tod folgte.

Die Vaccinepusteln waren übrigens normal entwickelt. Verf. glaubt daher, dass die Diphtheritis-Organismen nicht schon in der Impflymphe enthalten, sondern erst später sich zu den Impfwunden gesellt haben mochten.

Hagenbach (**13**) theilt vier Fälle von Scharlacherkrankung mit, in denen er mit voller Bestimmtheit die Incubationsdauer angeben kann. Es findet sich hiebei eine bemerkenswerthe Unregelmässigkeit, indem die Incubationsdauer in dem einen Falle nicht ganz 3 Tage, in dem anderen 7, 11 und 14 Tage währte. Verf. ist als Vorstand des Kinderspitals in Basel in der Lage, so genaue Daten anzugeben, da diese vier Fälle in einem Krankenzimmer hintereinander an bereits mit anderen Uebeln afficirten Kindern auftraten, die, sobald sich das Exanthem zeigte, auch in ein separirtes Gebäude transportirt wurden.

Addy theilt eine Krankengeschichte von Scarlatina mit (**14**), die folgendes Bemerkenswerthe enthält: Patient, ein 14jähriger Knabe, bekam drei Wochen nach Beginn der Erkrankung während einer Nacht heftige Krämpfe und blieb 24 Stunden vollkommen bewusstlos. Nach Verlauf dieser Zeit kam Pat. allmälig wieder zu sich; es fand sich jedoch, dass der rechte Arm schwächer als der linke, doch nicht ganz gelähmt war. Nach und nach nahm die Sensibilität wieder zu, doch nun zeigte sich eine vollständige Amnesie, die sich dadurch kennzeichnete, dass Pat. ihm sonst wohlbekannte und geläufige Dinge nicht mehr kannte; ebenso hatte er das Schreiben vollkommen verlernt. Beim Vorlesen liess er Worte aus und versprach sich öfters. Nach ungefähr fünf Wochen hatte sich der Zustand gebessert und war später ganz verschwunden.

Verf. hält dafür, dass hier auf die Scarlatina eine Meningitis mit Thrombose der linken mittleren Gehirnarterie folgte.

Zu bemerken ist, dass in diesem Falle keine Otorrhoe beobachtet wurde.

Mahomed (**15**) unterscheidet bei Scharlach eine arterielle Albuminurie, welche ohne Allgemeinerscheinungen circa am Ende der dritten Krankheitswoche beginnt; meist ist Stuhlverstopfung vorausgegangen, das Sphygmograph weist immer erhöhte arterielle

Spannung nach; setzt man dem Harn einen Tropfen Guajaktinctur zu und dazu einige Tropfen eines ozonisirten Aethers, so entsteht immer nach dem Schütteln der Mischung eine obere blaugefärbte Aetherschichte (Paraglobulin). Die Menge des Urins ist vermindert, Erscheinungen von Blutvergiftung vorhanden, im Harne Blut und Albumen. Die Fälle verlaufen meist als leichte und auch die schweren enden fast immer günstig.

Die venöse Albuminurie beginnt gleichfalls etwa in der dritten Woche in Folge von Erkältung, die Guajakreaction fehlt immer. Der Arteriendruck ist gar nicht oder doch nur so erhöht wie bei der vorigen Form. Bei frühzeitiger Behandlung mit nassen Einpackungen ist die Prognose gut, ohne diese entwickelt sich häufig ein chronischer Verlauf.

Während bei der ersten Form die Transsudation aus den Malpighi'schen Knäueln erfolgt, geschieht sie bei der venösen Form aus den Plexus der Harnschläuche; bei der letzteren Form ist die Menge des Urins normal, der Harn enthält kein Paraglobulin und kein Blut, die Menge des Harnes ist gewöhnlich gross.

Die arterio-venöse Form beruht auf chronischer Dilatation der Nierencapillaren als Folge acuter Congestion.

Die Albuminurie kann in diesen Fällen sehr gering sein, selbst zeitweise fehlen. Der Harn ist immer reich an Indican, die arterielle Spannung nimmt mit Eintritt der Besserung ab; Blut ist dem Harne häufig, aber nicht immer beigemischt.

Traube erzählt (**16**) die Geschichte eines am 24. Jänner 1874 an Morbillen erkrankten Mannes, bei dem im normalen Verlauf der Masern die Temperatur schon auf 36.7, der Puls auf 72 gefallen, bräunliche Pigmentirung und Abschuppung der Haut eingetreten war (10. Februar). Am 12. Februar stieg Temperatur und Puls wieder, es waren Leibschmerzen und Kopfschmerzen vorhanden, dann trat Erbrechen dazu. Am Abend des 13. constatirte man die ersten Spuren eines variolösen Exanthems. Die Temperatur stieg bis zum Abend des 13. Februar auf 41·4. Am 16. Februar wurde der Kranke auf die Pockenstation übertragen.

17. Boeckel. Injection von Carbolsäure bei Erisypel. (Gazette med. de Strassbourg. 1875, Nr. 5.)

18. Estradère, Raimbert. Carbolsäure bei Pustula maligna und Carbunkel. (Trib. méd. 20. Juni 1875 und Gaz. hebd. Nr. 25, 1875.)

19. Hirschfelder. Ein Fall von Pustula maligna mit Mycosis cerebri. (Arch. der Heilkunde. XVI. 1875.)

20. Tamburini. Blut-Transfusion bei Pellagra. (Il Raccoglitore medico. Ser. 4, Vol. 4, 1875.)

21. R. W. Taylor. Aetiologie des Eczema infantile. (The American Practitioner. Juni 1875.)

22. Behier. Artificielles Eczem nach Arsenikberührung. (Gaz. des Hôp. Nr. 61, Mai 1875.)

23. Squire, Anderson. Innerliche Anwendung von Theer bei Psoriasis. (Brit. med. Journ. 10. und 24. April 1875.)

Boeckel (**17**) versuchte das von Hueter empfohlene Verfahren der subcutanen Injection von Carbolsäure bei Erisypel in einer Reihe von Fällen. Die Art der Application bestand darin, dass er Morgens und Abends je 5—6 ganze Spritzen von $1^1/_2$ % Carbolsäurelösung einen Centimeter vom entzündeten Rande entfernt im ganzen Umkreise des Herdes injicirte. Das Erisypel überschritt zwar meistens in den ersten Tagen die Injectionslinie, sistirte jedoch gewöhnlich am 3. bis 4. Tage. B. betrachtet diese Injectionen nicht als Panacée, aber doch als „das sicherste Mittel, das wir besitzen", da es ihm oft gelang, sehr schwere Erisypele binnen 24 Stunden aufzuhalten.

Estradère (**18**) wendete in 6 Fällen von Pustula maligna mit wohlconstatirter Infection von milzbrandkranken Thieren innerlich und äusserlich Carbolsäure an. In einem Theile der Fälle waren Incisionen, das Glüheisen oder Aetzmittel angewendet worden, ohne den Process aufzuhalten.

Verf. verordnete Umschläge von Carbollösung auf die kranke Gegend, und innerlich: Inf. fl. tiliae 200·0, Syrup. chinae 60·0, Acid. carbol. 1·0 — stündlich einen Esslöffel voll.

In allen Fällen (! Ref.) liessen die schweren Allgemeinerscheinungen und die intensiven Schmerzen bald nach, die Gangrän begrenzte sich und es erfolgte Heilung.

Auch Raimbert (**18**) hatte günstige Erfolge bei Behandlung des Carbunkels (2 Fälle) mit Carbolsäure, welche er jedoch etwas anders anwendete: er machte im Bereiche der Anschwellung zahlreiche parenchymatöse Injectionen von je einer Pravaz'schen Spritze voll einer Carbollösung von 2 Procent, wonach es freilich in dem einen Falle zu Abscessbildungen kam.

Folgender Fall Hirschfelder's (**19**) bietet ein specielles Interesse dar, da es sich um eine Pustula maligna des Halses handelt, welche in Heilung übergegangen war, von welcher aber während und nach der Heilung vielfache Pilzmetastasen zum Gehirn erfolgten.

Der Patient, 18 Jahre alt, bemerkte seit dem 11. October 1874 an der rechten Halsseite ein kleines Bläschen, welches sich ziemlich rasch vergrösserte. Tags darauf hatte sich eine Schwellung unterhalb der Kieferwinkel entwickelt, anfangs ohne dem Patienten besondere Beschwerden zu verursachen. Seit dem 13. zeigte die Anschwellung Schmerz auf Druck. Patient gibt an, russische Rosshaare bearbeitet zu haben.

An der rechten Halsseite, etwas unterhalb der Höhe des Kieferwinkels, zeigt sich ein linsengrosser, schwarzer Schorf, von durch seröseiteriges Exsudat hervorgewölbter Epidermis umgeben. Dicht am Kieferwinkel findet sich ein höckeriges Drüsenpaquet, ausserdem eine fast haselnussgrosse Lymphdrüse in der Supraclaviculargrube, von der aus sich ein fast gänsekieldicker, höckeriger Strang nach obengenanntem Drüsenpaquet fortsetzt. Achseldrüsen rechterseits bohnengross in grösserer Menge; links sind sie ebenfalls etwas geschwollen, sind aber kleiner. Inguinaldrüsen über erbsengross. Der rechte Gaumenbogen ist leicht geschwollen und geröthet, die hintere Rachenwand trocken. Patient hustet etwas, hat aber keine weiteren Beschwerden. Später entwickelten sich Kopfschmerzen, Unruhe, Benommenheit des Sensoriums, Erbrechen. Am 21. Oct. wurde Patient plötzlich cyanotisch unter Auftreten von Trachealrasseln bei vollkommener Bewusstlosigkeit. Puls 120—130, kräftig und voll. Nach 5 Viertelstunden starb der Kranke.

Section am 22. October 1874.

Dura mater ziemlich stark gespannt, ohne Veränderungen. Ebenso die Pia. In der linken Grosshirnhemisphäre, der zweiten Frontalwindung angehörig, findet sich in der grauen Substanz und

in der nahen Markmasse im Niveau des Corpus callosum ein halbbohnengrosser, im Centrum zu einer braunrothen blutigen Masse erweichter Herd. In der Umgebung des erweichten Centrums zeigen sich in einer Ausdehnung von 1 Cm. ringsherum zahlreiche kleinste bis gerstenkorngrosse Blutungen; nach aussen von dieser Zone ist die weisse Substanz auf 2 Cm. Breite gleichmässig gelb gefärbt. Zwei gleiche Herde finden sich in der rechten Grosshirnhemisphäre; Im rechten Centrum Vieussenii findet sich ein vierter Herd, von ungefähr Taubeneigrösse. Die Seitenventrikel, Corpus striatum und Linsenkern beiderseits normal, dagegen findet sich im hinteren Theile des rechten Thalamus opticus ein Herd mit erweichtem Centrum. Das Kleinhirn enthält zwei ähnliche Stellen; Herz und Lunge normal.

Leber normal gross. Oberfläche glatt, von blaurother Färbung. Auf dem Durchschnitt zeigt sich die Leber blutreich. Milz etwas vergrössert. Mässiger Blutgehalt. — Nieren beiderseits etwas vergrössert, blutreicher. Kapsel leicht abziehbar. Oberfläche glatt. — Magen contrahirt. Schleimhaut in zahlreiche und hohe Falten geworfen, verdickt und mit reichlichem zähem Schleim bedeckt. Im Pylorustheile deutlicher Etat mamelonné. — Schleimhaut des Jejunum stark geröthet und etwas geschwollen, mit zähen Schleimmassen bedeckt, welche an den Zotten ziemlich fest haften. Nach abwärts im Ileum und Dickdarm nimmt die Hyperämie ab.

Im Blute fanden sich weder Stäbchen- noch Kugelbacterien. Ebensowenig im Darme, den Nieren, der Milz, der Leber, der Haut, den Lymphdrüsen.

Zupfpräparate der hämorrhagischen Stellen im Gehirne, sowohl frische als in Müller'scher Lösung oder Alkohol aufbewahrte, zeigten stellenweise reichliche, meist aber spärliche Stäbchenbacterien.

Die mikroskopische Untersuchung gehärteter Gehirnpräparate ergab zunächst Bilder, ganz gleich denen, welche Wagner in zwei früher veröffentlichten Fällen fand. Um das verengte, mit rothen Blutkörperchen erfüllte Gefässlumen lag ein Ring von Pilzfäden und noch weiter nach aussen ein solcher von rothen Blutkörperchen. An mässig zerzupften Präparaten fand sich bisweilen eine grössere Arterienverästelung, welcher entsprechend die Lymphscheide ganz von gleichen Fäden erfüllt war, aber ohne noch weiter nach aussen liegendes Extravasat.

Viel häufiger aber kamen andere Formen vor, welche auch bei nachträglicher Untersuchung in den erst beobachteten beiden Fällen nicht gefunden wurden. Häufig sah man die Lymphscheide stark verbreitert, das Gefässlumen leer, rund oder unregelmässig zusammengedrückt oder mit spärlichen rothen Blutkörperchen erfüllt, und in ersterer entweder nur rothe, oder nur weisse Blutkörperchen, oder beiderlei Arten; bisweilen daneben auch einzelne Pilzfäden. Solche Bilder kamen bisweilen auch in makroskopisch normalen Hirnstellen, besonders in der Hirnrinde vor, meist aber nur in den äusseren Partien der hämorrhagischen Herde.

Die Centren der hämorrhagischen Herde zeigten zahlreiche stark, gleichmässig oder ungleichmässig erweiterte Capillaren, welche keine Blutkörperchen, sondern nur eine feinmoleculäre trübe Masse enthielten und deren Umgebung rothe Blutkörperchen mit meist spärlichen Fäden zeigte. Die Art der Molecularmasse liess sich nicht bestimmen; an vielen Präparaten erkannte man nicht einmal deutlich, ob sie im Lumen oder in der Wand des Gefässes lag.

Ausser den Hämorrhagien kam aber inmitten der Extravasate auch Eiterung vor, und zwar in zwei verschiedenen Formen: als Eiterbildung in der Gefässwand und als solche in der Gehirnsubstanz selbst. Die erstere zeigte die Wand der kleinsten, in der Hirnsubstanz liegenden Arterien bis ums Sechsfache verdickt und so eigenthümlich aussehend, dass man einen Ring von croupösem Netzwerk des Gaumens oder der Luftwegeschleimhaut vor sich zu haben glaubte. Es zeigte sich nämlich ein glänzendes Netzwerk mit kleinen rundlichen Lücken, welches die Stelle der Gefässwand vollkommen einnahm. An tingirten Präparaten ergab sich, dass diess runde oder längliche Eiterkörperchen waren, welche durch kleine, wohl Serum enthaltende Zwischenräume getrennt waren.

Ausserdem aber fanden sich wirkliche kleinste, nicht makroskopische Eiteranhäufungen unabhängig von der Gefässwand. Sie waren rund, scharf begrenzt, ohne dazwischen sichtbare Gehirnelemente. Bei einer Anzahl dieser ergab sich an aufeinander folgenden Schnitten, dass der Eiter in der Lymphscheide lag; man sah dann das collabirte Gefäss, um dieses einen breiten Ring oder eine breite Scheide von Pilzfäden, und noch weiter nach aussen die Eiterkörperchen, welche zu äusserst an die nicht wesentlich veränderte Gehirnsubstanz

angrenzten. Andere Stellen aber zeigten nichts Derartiges, sondern wirkliche kleinste Gehirn-Abscesse.

Dass dieser Fall zum Milzbrand gehört, ist aus den ätiologischen Momenten und aus der Krankengeschichte hinreichend sicher gestellt.

Dass die Hirnhämorrhagien embolisch durch Milzbrandbacterien bedingt waren, geht gleichfalls aus dem mikroskopischen Befund und aus einem Vergleich mit den beiden Fällen Wagner's hervor. Während aber im letzteren daneben noch der Darm die Milzbrandaffection in voller Entwicklung zeigte, war hier die Hautkrankheit am Halse geheilt, innerliche primäre Erkrankungen fehlten. Während dort nur kleinere Hämorrhagien im Gehirne gefunden wurden, kamen hier grössere Blutergüsse mit stellenweiser Eiterung vor. Letztere hatten ihren Grund wahrscheinlich nur in der längeren Krankheitsdauer.

Folgender Fall spielt im äussersten Stadio des Pellagra, womit nach Tamburini (**20**) eine Dame von 44 Lebensjahren befallen war. Sie wurde im Stadium der vorgeschrittensten Olighaemie in's Manicomium von Reggio-Emilia aufgenommen. Der Symptomen-Complex war auch in der That trostlos. Alle Tonica und reconstituirenden Mittel, unterstützt von der kräftigsten und substantiösesten Alimentation hatte man in Gebrauch gezogen, allein die Kranke ward trotzdem stets blutleerer und tödtlicher Ausgang schien unausbleiblich, so dass die directe Transfusion als einziges Mittel erschien, die erlöschende Functionsfähigkeit der Eingeweide wieder zu erwecken. Man gab Venenblut den Vorzug und die V. jugularis eines Lammes ward mit der v. mediana basilica sinistra der Patientin in Verbindung gesetzt. Die beiden ersten Operationen hatten den Erfolg, den Organismus wieder zu beleben. Nach Prüfung des Urins und Blutes, welche gleichfalls befriedigend war, schritt man zu einer dritten Transfusion mit Arterien-Blut. Auch dieser Versuch befriedigte, indem er allgemeine Besserung und grössere Energie der Verdauungskräfte zur Folge hatte. Allein nach 14 Tagen verfiel Patientin in die vorigen Zustände, denen man eine wiederholte Transfusion von arteriellem Lammblute entgegensetzte. Nach einigen Tagen starb aber die Operirte, das trostlose Bild des „Typhus pellagrosus" darstellend.

In dem ersten Theile einer Arbeit über das Eczem der Kinder bespricht Taylor (**21**) die Aetiologie des sogenannten

Eczema scrophulorum und kommt nach einer kurzen, aber prägnanten Definition der Skrophulose zu dem Schlusse, dass bei dieser die Neigung zu Hyperämie und Hyperplasie in allen Geweben vorherrschend sei, daher auch vornehmlich in der Haut.

In dieser allgemeinen Weise fasst T. den Zusammenhang zwischen Skrophulose und Eczem auf, indem er bestreitet, dass das letztere ein specifisches Symptom der ersteren sei.

Was die Entstehung des Eczems bei nicht skrophulösen Kindern anbelangt, so meint Verf., dass dasselbe dadurch bedingt werde, dass jüngere Individuen überhaupt eine zarte und weniger widerstandsfähige Haut besitzen, welche daher durch sonst unbedeutende Zufälligkeiten, wie Schweiss, Thränen, Tragen von Flanellstoffen oder durch unzweckmässige Behandlung von Furunkeln leicht eczematös wird.

Behier erzählt (**22**) die Krankengeschichte eines Mannes, der 4 Tage mit Arsenik zu thun hatte, dann Jucken an den Hautstellen wahrnahm, welche mit der arsenigen Säure in Berührung gekommen waren, und endlich ein Eczema vesiculosum an derselben Stelle sich entwickeln sah, und zwar auf dem Handrücken, um die Nasen- und Mundöffnung, über den Jochbeinen, Wangen, Stirne und inneren Augenlidrändern.

Verf. macht ferner aufmerksam, dass in solchen Fällen durch Berührung des Penis beim Urinlassen auch dieser afficirt werden könne, und dass sich sogar Geschwüre mit harter Basis an der Vorhaut entwickeln können. Ferner macht er aufmerksam, dass der Staub von grünen künstlichen (mit Kupfer-Arsen gefärbten) Blumen im Haare von Damen, welche zugleich ausgeschnittene Kleider tragen, leicht auf dem Gesicht und Nacken ein solches Eczem hervorbringen könne.

Squire (**23**) hat bei 30 Fällen von Psoriasis Theer innerlich (in Kamphermixtur) angewendet bis zum Ekel und keinen Erfolg gesehen. Das Gegentheil behauptet Anderson.

24. Stroganow. Ueber eine Complication von Elephantiasis Arabum mit Krebs und über die Entwickelungsweise des letzteren. (Virchow's Archiv. 65. Bd. 1875.)

25. Bernhardt und **Schwabach.** Drei Fälle von Sclerodermie. (Berliner klin. Wochenschrift Nr. 47, 1875.)

26. Homolle. Lupus. (Arch. gén. de Méd. März 1875.)

27. Volkmann. Lupus und Tuberkulose. (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 30, 1875.)

28. Thin. Ueber die Pathologie des Lupus erythematosus. (Medico-chirurgical Transactions. 58. Bd. 1875.)

29. Hillairet. Blutanalyse bei Elephantiasis Graecorum. (Ann. de Derm. V, 1874.)

30. Dougall. Gurjun-Oel gegen Lepra. (Edinb. med. Journ. Jänner 1875.)

Stroganow gibt (**24**) eine genaue mikroskopische Beschreibung eines mit Elephantiasis Arabum behafteten Hautstückes und kommt zu dem Schlusse, dass es sich in diesem Falle nicht allein um eine Vermehrung des Endothels der Lymphbahnen handelte, sondern dass man es hier auch mit einer Umwandlung in wahres Epithel zu thun hatte. Dieses epithelial entartete Endothel stand in Verbindung mit wahrem Epithel des Rete Malpighi und der Ausführungsgänge der Schweissdrüsen. Diese Neubildung von Epithel fasst Verf. als Krebsneubildung auf und meint, dass in diesem Falle auf elephantiatischem Boden Krebs gewuchert habe.

Ueber drei Fälle von Sclerodermie berichten Bernhardt und Schwabach: (**25**)

Frl. F., 36 Jahre alt, früher stets gesund, erkrankte vor ungefähr einem Jahre an Kreuzschmerzen und Schwäche in den unteren Extremitäten, die es ihr unmöglich machten, länger als 10—15 Minuten zu gehen. Bald darauf bemerkte sie eine Anschwellung an beiden Händen, die allmälig zunahm und zu der sich eine unangenehme Steifigkeit in den Fingern gesellte. Schmerzen hat sie an den Händen nie gehabt, nur sehr häufig ein unangenehmes Gefühl von Schwere und Kälte. Zu diesen Erscheinungen hat sich in der letzten Zeit Appetitlosigkeit und Unregelmässigkeit des Stuhls gesellt. Die Periode ist regelmässig.

Stat. praes. am 26. October 1874: Die Nasenspitze ist leicht geröthet und die Haut darüber etwas gespannt. Am oberen Theile der Brust bis zur Gegend der vierten Rippe, ist die Haut in

ihrer ganzen Ausdehnung geröthet, in wellenförmigen Linien (den Schwangerschaftsnarben ähnlich) gespannt, an einigen Stellen, besonders über den Rippen, gar nicht, an anderen schwer in Falten zu erheben. Beide Hände sind vom Handgelenk an ziemlich stark geschwollen, und zwar hauptsächlich an der Dorsalseite. Die Farbe ist theils eine gelblich-weisse, theils mehr bläuliche, wie nach starker Kälte-Einwirkung. Fingerdruck hinterlässt an den dem Handgelenk angrenzenden Theilen des Dors. manus flache Gruben, was mehr nach den Metacarpophalangeal-Gelenken hin nicht der Fall ist. Hier ist die Haut glänzend, fest und straff gespannt und lässt sich an keiner Stelle in Falten erheben, sie fühlt sich vollständig „brettartig“ an.

An den Handtellern ist die Haut ebenfalls fest und hart, jedoch nicht so intensiv, wie am Handrücken, auch nicht so gespannt, einzelne Stellen fühlen sich sogar noch ziemlich zart und weich an. Die Finger stehen in leichter Beugung und können weder activ, noch passiv zu vollständiger Streckung gebracht werden; ebensowenig gelingt eine vollständige Beugung. Die Haut ist genau so wie an der Mittelhand: glänzend, hart und straff gespannt an der Dorsal-, weniger an der Volarseite. Beide Hände fühlen sich auffallend kalt, fast wie die einer Leiche an. Die Bewegung im Handgelenk ist vollständig frei. An den unteren Extremitäten zeigt die Haut keinerlei Abnormität. Der Urin ist hell, klar, frei von Eiweiss und Zucker. Innerlich und äusserlich wurde Leberthran verabreicht, dann Eisen und Bäder.

Eine Besserung war nach Verlauf von 4 Wochen in keiner Weise zu constatiren, vielmehr klagte Pat. über eine fortwährende Zunahme der Mattigkeit und Schwäche in den unteren Extremitäten und über die stetig wachsende Schwierigkeit der Fingerbewegungen. An der Vola manus sinistr. fühlt man einen quer vom Ulnar- zum Radialrande hinziehenden, die ganze Breite der mittleren Falte einnehmenden festen Strang, der nur an zwei kleinen Stellen von normaler Haut unterbrochen ist. Ein ebensolcher Strang findet sich an derselben Stelle der Vol. manus dextr., doch reicht er hier nur vom Ulnarrande bis etwas über die Mitte der Handfläche hinaus.

Von Ende Januar an wurde Pat. einer elektrischen Behandlung unterworfen, die in Galvanisirung des Sympathicus und Faradisirung der Hände bestand. Seit dieser Zeit fühlt sich Pat. wohler. Die

Anschwellung an den Fingern ist etwas geringer geworden. Die Härte und Straffheit der Haut freilich ist unverändert, während an der Dorsalseite der Mittelhand die Haut wieder ziemlich weich und zart ist und sich ohne Schwierigkeit in Falten legen lässt. In der Gegend des Handgelenks dagegen zeigt sich jetzt auf beiden Seiten leichte Anschwellung, die Haut ist hart und gespannt, aber nicht in dem Masse glänzend wie an den Fingern. Die Bewegung in den Handgelenken ist auffallend beschränkt und Beugung sowohl wie Streckung nur in geringem Grade möglich. Die bereits beschriebene Hautveränderung am Thorax hat sich, jedoch nur in der Regio sternalis, weiter nach unten ausgebreitet, so dass sie hier fast bis zum Proc. ensiformis reicht. Seit einigen Wochen bemerkt Patientin, dass ihr das Oeffnen des Mundes schwer wird. Das ganze Gesicht hat einen Ausdruck des Starren, Unbeweglichen angenommen. Die Sensibilität der Haut weicht in nichts von der Norm ab.

Der zweite Fall betrifft eine 34 Jahre alte, früher stets gesunde, seit 14 Jahren verheirathete Frau mit zwei Kindern. Im Winter 1868 spürte die Kranke zum ersten Male ein Gefühl von Todtsein in den Fingern der rechten Hand, es bildeten sich zu jener Zeit kleine Ulcerationen an den Fingerkuppen, welche schlecht heilten, desgleichen traten weiterhin ähnliche Geschwüre an der Rückseite der Fingergelenke auf. Damals schmerzten auch die Finger, zugleich fingen dieselben an sich zu krümmen.

Mai 1875: In den unteren zwei Dritteln des Oberarmes ebenso an den Vorderarmen zeigt sich die Haut im ganzen Umfange des Gliedes gleichmässig straff, glatt, vom Unterhautbindegewebe nicht abzuheben, bräunlich roth gefärbt und an der Beugeseite mit einigen eigenthümlich dunkelroth gefärbten, nach oben hin convexen Streifen versehen. Beugung des Vorderarmes gut, Streckung weniger ausgiebig möglich. Pro- und Supinationsbewegungen des Vorderarmes sind frei. Hie und da zeigen sich kleine Hautstellen, an denen eine mässige Abschuppung stattfindet. Gerade über dem Handgelenk ist die Haut frei, auf dem Handrücken in der Nähe des Handgelenks straff, lockerer nach den Metacarpophalan-Gelenken zu. In letzteren Gelenken lassen sich die Finger bewegen; die Mittel- und Nagelphalangen stehen volarflectirt und können activ in keiner Weise gestreckt werden. Der rechte Daumen

ist in seinem Nagelglied sehr verkleinert, vielleicht nur $1^3/_4$ Cm. hoch, das Nagelglied und der Nagel selbst kolbig, letzterer mit Riffen versehen und an den Rändern sich aufspaltend. Auch die Nagelglieder einzelner anderer (rechts aller) Finger sind entschieden kleiner als in der Norm. Ueberall sind die Nägel verbogen und unregelmässig. An den verschiedensten Stellen der Dorsalseite der Finger, namentlich über den Gelenken, sieht man kleine, narbige, unter dem Niveau der übrigen Haut liegende, verdünnte Stellen. Die Finger bilden eine einzige starre Masse, von einer Abhebung der Haut von der Unterhaut und den Knochen ist keine Rede mehr. An der Volarseite ist die Haut etwas nachgiebiger, übrigens feucht und schweissig. Die Finger sowie die ganze Hand sehen zur Zeit schmutzig bräunlich roth aus und nehmen selbst bei nur mässiger Abkühlung eine fahle, graublaue Färbung an. Hie und da vernarbte oder ulcerirte Stellen.

Die Gesichtsfarbe bräunlich roth; an der Oberlippe, am Kinn, an den Mundwinkeln liegt die Haut theils in horizontalen, theils in verticalen Falten, die Lippen sind dünn. — Die Bewegungen des Mundes sind beeinträchtigt, die Nase ist spitzer und dünner geworden. Das Allgemeinbefinden der Patientin, Appetit, Schlaf, Stuhl-, Urinexcretion ist normal.

Die Sensibilität der Haut gut erhalten, die Erregbarkeitsverhältnisse der unter der veränderten Haut liegenden Muskeln für beide Stromesarten nur in geringem Masse vermindert. Wiederholte Prüfungen ergaben ein durchaus besseres Leitungsvermögen der erkrankten Hautpartien für den constanten Strom als die entsprechenden Hautgebiete Gesunder. Stets war der Nadelausschlag am Galvanometer bei durchaus gleichartiger äusserer Anordnung bei der Kranken bedeutender als bei einem Gesunden.

Der dritte Fall betrifft einen 27jährigen, kräftig gebauten, im Uebrigen gesunden Mann, Weinküfer. Pat. litt schon während seiner Soldatenzeit (1867) an Venenerweiterung des linken Unterschenkels. Die varicöse Erweiterung nahm im Laufe der Jahre stetig zu. Im Winter 1873, um Weihnachten, stiess sich Pat. an der Kante der linken Tibia; es entstand dort eine zwar nur kleine, aber schwer zuheilende Wunde. Im Verlaufe des Jahres 1874 fingen einzelne Stellen an der Haut des linken Unterschenkels an zu jucken; die Haare gingen dort aus und es stellte sich eine eigen-

thümliche Veränderung der Haut ein, die sich während des Laufes des letzten Winters allmälig an den linken Oberschenkel hinaufzog. Links zeigen sich zunächst am Unterschenkel, namentlich in der Mitte der Wade, sehr bedeutende Varices, an einzelnen Stellen kleine varicöse Geschwüre und ganz oberflächliche Hautabschilferungen; die Haut, namentlich in der Umgebung der oben erwähnten kleinen Geschwüre, livid roth. Ein ganz eigenthümlich glattes, glänzendes Aussehen hat sie im oberen Drittel des linken Unterschenkels von der Tuberositas tibiae an bis zur Mitte hin. Von dieser Grenzlinie ab fühlt sich die Haut nach beiden Seiten, namentlich aber nach aussen hin, glatt und derb an und lässt sich nicht in Falten erheben. Auf dieser übrigens im Niveau der übrigen Haut gelegenen Stelle keine oder höchst spärliche Haare. Von dem oben erwähnten Fleck aus kann man nach oben, nach dem Knie und Oberschenkel hin, sowohl an den Knien, wie namentlich an der Aussenseite des Knies die beschriebene Hautveränderung strangartig nach oben ziehen sehen. Die Haut über dem Knie selbst ist zur Zeit ebenfalls livid geröthet, aber durchaus nicht besonders straff; sie lässt sich in Falten erheben und erblasst auf Druck. An der Aussenseite des linken Oberschenkels verbreitert sich die oben erwähnte strangartige, von der Haut des Unterschenkels heraufziehende Härte etwa eine Hand breit oberhalb des Knies zu einer die ganze Aussenseite und die Mitte der Vorderseite des Oberschenkels bis zur Hälfte des ganzen Gliedes einnehmenden Hautveränderung. Hier erscheint die ganze Haut unter dem Niveau der übrigen, namentlich des oberen Theils der Oberschenkelhaut gelegen. Auch hier ist sie derb, fest, haarlos, leicht gelbbraun tingirt und gegen die gesunde Haut durch unregelmässige, zackige, blauroth gefärbte Linien abgegrenzt. Die untere Hälfte des Oberschenkels an der Innenseite bedeutend straffer an die Unterlage angeheftet als der obere Theil, ist, wie die Haut der Kniescheibe, diffus blauroth gefärbt. An der Hinterseite des rechten Oberschenkels eine fast bis an die Glutealfalte reichende, glatte, straffe, haarlose Hautpartie. Die Leistendrüsen sind nicht angeschwollen. Subjectiv hat Pat. das Gefühl engen Geschnürtseins am Oberschenkel, namentlich bei Bewegungen; Schmerzen oder andere abnorme Empfindungen bestehen sonst nicht. Die Sensibilität der erkrankten Hautstellen wohl erhalten. Lässt man einen constanten Strom durch die er-

krankten und vergleichsweise durch dieselben gesunden rechten Hautpartien gehen, so zeigt sich auch hier wieder an dem grösseren Nadelausschlag des Galvanometers das bessere Leitungsvermögen der erkrankten Haut. Die elektrische Erregbarkeit der unter der leidenden Haut gelegenen Muskeln ist erhalten.

Eine Behandlung ist bei diesem letzten Kranken noch nicht eingeleitet; die zweite Patientin wurde, wie die erste, mit dem elektrischen Strom behandelt, bisher ohne Erfolg.

Von diesen drei Kranken gehören somit zwei dem weiblichen Geschlechte an, damit die seither gemachte Erfahrung bestätigend, dass zu den an Sclerodermie Erkrankten die Frauen das grösste Contingent stellen. Hereditäre Prädisposition oder bestimmte veranlassende Ursachen zum Beginn der Erkrankung liegen in keinem Falle vor. Interessant ist, dass in den beiden ersten Fällen eine ödematöse Anschwellung der später erkrankenden Theile erwähnt wird, eine Erscheinung, welche jedenfalls auf locale Circulationsstörungen hinweist, wie sie in dem dritten Falle ja so eclatant hervortreten. Hier entwickelte sich die Krankheit der Haut nach längerem Bestande ausgedehnter Varices an einer Extremität, während die andere und der ganze übrige Körper, wenigstens vorläufig noch, von der Affection verschont sind. Schon Kohn sah das Wesen des Processes in einer Circulationsstörung der Lymphe in der Cutis; und in dem Falle von Heller zeigte sich eine Obliteration des Ductus thoracicus und seiner Wurzeln. — Wie der dritte Fall durch seine Localisation, so ist der zweite durch die Mitleidenschaft der Knochen und Gelenke von besonderem Interesse. Er schliesst sich in dieser Hinsicht an die französischen Beobachtungen der neuesten Zeit an; von da aus machte sich für diese Fälle die Auffassung Bahn, als handle es sich nicht mehr um eine blosse Erkrankung der Haut, sondern um eine disseminirte Trophoneurose, deren Sitz das ganglionäre System sei. — Zum Schluss machen die Vf. auf die in allen ihren Fällen wohl erhaltene Sensibilität der erkrankten Hautpartien aufmerksam, wie sie von der Mehrzahl der Beobachter ebenfalls beschrieben wird. Nur wenige Male findet man in der Literatur eine etwas herabgesetzte, noch seltener eine abnorm erhöhte Empfindlichkeit verzeichnet. Das in allen drei Fällen constatirte bessere Leitungsvermögen der erkrankten Haut für den galvanischen Strom ist höchst wahrscheinlich aus der grösseren Dünnheit der Cutis,

der Verlöthung derselben mit dem Unterhautbindegewebe und dem Fettschwund in letzterem zu erklären, und lässt die wenn auch noch so geringe Abschwächung der Erregbarkeit der unter der kranken Hautpartie liegenden Muskulatur für den elektrischen Reiz als etwas Ungewöhnliches erscheinen. Vielleicht, dass sich die Lymphstase und spätere Bindegewebsentwicklung und Verdichtung in vorgerückten Stadien nicht allein auf die Haut beschränkt, sondern auch auf die tieferen Gebilde, die Muskeln, übergreift, wie diess ja auch schon in der Heller'schen Obduction de facto nachgewiesen ist.

Homolle, der vor Kurzem auch eine These „über die schweren Skrophuliden der Bucco-Pharyngealschleimhaut" veröffentlicht hat, bespricht in einer kritischen Revue die pathologische Anatomie des Lupus (**26**). Es ist nur zu erwähnen, dass der Verf. über die Lupus-Literatur der letzten Jahre nur unvollständige Information hat. Wie wenig eingehend sein Studium der schwierigen Partie war, geht daraus hervor, dass Verf. z. B. die Schüppel-Friedländer'schen Riesenzellen bei Lupus für identisch hält mit den grossen, makroskopisch wahrnehmbaren weissen Körnern im Lupusgewebe, welche Berger, Pohl, Virchow, Auspitz schon genau beschrieben und als Veränderungen der Epidermis-Anhänge gedeutet hatten.

Die Schilderung dreier histologischer Befunde, welche Verf. zum Schlusse beifügt, enthält nichts Neues und ist bei der Ungewissheit der Diagnose in den dem Verf. zu Gebote gestandenen Fällen nicht relevant. (Ref.)

Die in der medizin. Gesellschaft zu Berlin jüngst stattgefundene Discussion (siehe diese Vierteljahresschr. 1875 p. 477 ff.) veranlasst Volkmann (**27**), seine Erfahrungen über Lupus zusammenzufassen, wobei er sich zunächst gegen die bedenklichen Ausarbeitungen jüngerer Collegen in jüngster Zeit wendet, welche den Lupus klinisch ganz streichen und anatomisch theils mit Tuberkulose, theils mit Carcinom u. s. w. zusammenwerfen wollen (siehe ebenda, Referat über die Arbeit von Essig, p. 538). Die schon von Langenbeck scharf zurückgewiesene Behauptung des Ueberganges von Lupus in Epithelialkrebs wird auch vom Verf. energisch bestritten. Was das Verhältniss zur Tuberkulose betrifft, stellt Verf. zunächst klinisch fest,

dass Lupus mit Scrophulose und Tuberkulose in Verwandtschaft stehe; er sah wiederholt Fälle, in welchen gleichzeitig lupöse Herde, charakteristische skrophulöse Geschwüre und Mischformen der beiden Affectionen vorhanden waren, letztere besonders am Gaumen, im Rachen und vielleicht im Kehlkopfe; häufiger an den Extremitäten als im Gesichte. Auch kamen öfter tuberkulöse Lymphdrüsen bei Lupus zur Beobachtung.

Bei tiefliegenden skrophulösen (tuberkulösen) Entzündungen der Knochen und Lymphdrüsen sah Verf. mindestens in vier Fällen, ebenso Esmarch in der Nachbarschaft lupöse Eruptionen entstehen.

In Bezug auf die anatomischen Verhältnisse stimmt Verf. im Wesentlichen mit Friedländer überein, der bekanntlich den Lupus stricte den Tuberkulosen zurechnet, wenn auch aus des Verf. Worten hervorzugehen scheint, dass diese Zustimmung keine ganz unbedingte mehr ist. Er schliesst sich in vielen Punkten der jüngst in dieser Vierteljahresschrift (1875, p. 1 ff.) publicirten Arbeit von Lang an, indem er betont, dass der Lupus, zum Unterschiede vom Tuberkel, mehr in Form eines unregelmässigen Netzwerkes oder in diffuser, flächenhafter Ausbreitung auftritt, seine gefässlosen Bezirke weit kleiner, die Riesenzellen meist viel zahlreicher sind als beim Tuberkel, die Neigung zu regressiven Metamorphosen weit geringer. Der Ausdruck Tuberculoid wäre, wie Verf. schliesslich meint, vielleicht die am meisten charakteristische Bezeichnung für den Lupus.

Thin hält dafür (28), dass die Erkrankung des Lupus erythematosus nicht, wie gewöhnlich angenommen wird, in den Talg- und Schweissdrüsen liege, sondern in den Capillaren der Haut, und dass die Affection der Drüsen eine Folge, aber nicht die Ursache der Congestion sei. Er schliesst diess aus mikroskopischen Präparaten von einem an Hebra's Klinik von ihm beobachteten Falle, wo die Affection auf der Rückenfläche der ersten Phalanx der Finger und Zehen auftrat. Die Untersuchung ergab enorme Erweiterung der Capillaren in den Papillen und in der Umgebung der Schweissdrüsen. Das Rete Malp., das Bindegewebe der Cutis und die Substanz der Schweissdrüsen selbst war gesund. Das excidirte Stück enthielt nicht mehr als eine Talgdrüse und einen Haarbalg und beide waren gesund.

Hillairet hat bei zwei Kranken mit Lepra Blutanalysen angestellt (**29**). Beim ersten (Lepra tuberculosa) zeigten sich bei zwei Analysen in 1000 Theilen:

	Spec. Gew. 1·05	Spec. Gew. 1·06
Wasser	784·10	780·50
Blutkörperchen . . .	142	139
Albumen	70	70
Fibrin	3·90	3·10

Im zweiten Falle in drei Analysen:

		Spec. Gew. 1·091	Spec. Gew. 1·089
Wasser	306·40	818·00	817·00
Feste Stoffe sammt Fett	103·60	175·90	177·03
Fibrin	4·05	6·10	6·05

Die Fibrinmenge war also in allen Fällen vermehrt.

Dougall beobachtete (**30**) nach dem innerlichen Gebrauche von Gurjun-Oel langsame Besserung bei Lepra. Die Behandlungsmethode ist übrigens erst 17 Monate von ihm erprobt worden. Die indische Regierung hat gleichwohl schon auf den Werth des Mittels aufmerksam gemacht.

31. Durante. Ueber das „Mal perforant" des Fusses. (Arch. di Chir. prat. XII, 14, 1875 von Palasciano.)

32. Moritz. Ueber Plantargeschwüre. (St. Petersburg. med. Zeitschr. V. 1—22. 1875.)

33. Rehm. Ein Fall von Onychogryphosis. (Archiv d. Heilk. XVI, 1875.)

34. Lombroso. Behandlung des Chloasma mit dem rothen Oel aus verdorbenem Mais. (Giorn. Ital. d. mal. ven. e della pelle. X, 1875.)

35. Durante. Zusammenhang zwischen Muttermalen und bösartigen Neubildungen. (Arch. di Chirurgia prattica di F. Palasciano. XI. 1874. — Centralbl. 44, 1875.)

Unter der Bezeichnung „Mal perforant du pied" werden nach Durante (**31**) zwei verschiedene (? Ref.) Geschwürsformen an der Planta pedis verstanden; einmal ein schmerzloses Geschwür mit der Neigung in die Tiefe einzudringen und zu zerfallen (Vesigné,

Leplat, Nelaton, Estlander), ein anderes Mal ein sehr schmerzhaftes, zur Wucherung und Granulationsbildung an der Oberfläche disponirtes Geschwür (Pitha, Shoemaker). Der ersten Form entsprechen drei Fälle, welche D. in Rom beobachtete. Die von ihm vorgenommene histologische Untersuchung derselben ergab keinen irgendwie charakteristischen Befund. Dessenungeachtet glaubt Verf. aus den klinischen Merkmalen, welche er auf eine locale Circulationsstörung zurückführt, zu welcher Innervations-Anomalien (Fussschweiss, Oedem, Schwäche, Schmerzen der Extremität) sich gesellen, das Mal perforant als eine selbständige Krankheitsform ansehen zu müssen.

Therapie: Excisionen und die Cauterisation mit dem Glüheisen, Douchen der Extremität und längs der Wirbelsäule in der Nachbehandlung.

Auch Moritz unterzieht (**32**) die an der Planta pedis vorkommenden Ulcerationen einer eingehenden Erörterung. Sie sind abhängig entweder von einem constitutionellen oder wenigstens entfernter gelegenen Leiden oder sie bilden eine rein locale Erkrankung. Zur ersten Gruppe gehören die leprösen, die neuroparalytischen, die von Gefässatherose abhängigen Geschwüre; auch können gelegentlich wohl Syphilis und Scrophulose zur Verschwärung in der Planta Veranlassung geben. Unter den rein localen Plantargeschwüren sind die bei weitem häufigsten die Leichdorngeschwüre, welche ihren Sitz häufiger an der Sohle als an den Zehen haben. Alle Plantargeschwüre bringen die Gefahr einer Entzündung tieferer Gebilde mit sich, und zwar geschieht das Fortschreiten der Entzündung in die Tiefe meistens unter der Form des Perforirens durch allmälige Ausdehnung des Ulcus. Diese Eigenthümlichkeit der Plantargeschwüre hat ihren Grund in den anatomischen und physiologischen Verhältnissen der Sohle, welche 1. mehr als jeder andere Körpertheil dem Drucke ausgesetzt ist, 2. für Blutstasen am günstigsten gelegen ist, 3. deren Sehnen, Schleimbeutel, Knochen etc., sobald die dicke, schützende Epidermis fehlt, äusseren Schädlichkeiten sehr zugängig sind. Hiermit ist nach dem Vf, eigentlich Alles über das von Leplat 1855 beschriebene Mal perforant du pied gesagt. Das Mal perforant ist keine Krankheit sui generis und die Plantargeschwüre sind bloss nach ihrem Hauptcharakter zu

benennen als Ulcus plantare e clavo, neuroparalyticum, ex congelatione u. s. w.

Einen Fall von Onychogryphosis beschreibt Rehm (**33**). Derselbe betraf seit einem Jahre einen sonst gesunden 20jährigen Mann mit gerötheten und geschwellten Fingerspitzen, verkürzten Fingernägeln, welche um das 2—4fache verdickt, bucklig, zerrissen, schmutzig grauröthlich waren, mit zackigem und nach unten umgebogenem, über den Fingerrücken hervorstehendem Rande, ohne Lunula. Die Leisten an der unteren Fläche colossal entwickelt, Consistenz vermindert. Papillen des Nagelbettes vergrössert, hyperämirt, nach vorne atrophisch. Die polygonalen Nagelzellen auf mikroskopischen Flachschnitten dick, saftreich, hie und da mit etwas granulirtem Inhalt. Von Pilzen nirgends eine Spur. Verf. bezeichnet den Fall als entzündliche Hypertrophie des Nagelbettes.

Lombroso hat bekanntlich die Anwendung von Präparaten aus verdorbenem Mais (Mais guasto) zuerst gegen Psoriasis empfohlen (siehe dieses Arch. 1873, pag. 173). Nun führt er (**34**) einige Fälle von Chloasma vor, bei welchen nach 3—11maliger Einpinslung der Tinctur von verdorbenem Mais die Hautaffection verschwunden war. (Ob sie später wiedergekehrt ist? Ref.)

Durante (**35**) theilt folgende drei von ihm selbst beobachtete Fälle mit, in denen auf die Exstirpation von Naevi materni die Entwicklung bösartiger Tumoren folgte: 1. Einem Mädchen von 8 Monaten exstirpirte D. einen erbsengrossen rothen Naevus auf dem rechten Handrücken. Mikroskopisch untersucht erschien dieser Naevus als eine cavernöse Epithelialbildung. Die Exstirpationswunde vernarbte; einen Monat nach der Operation entwickelte sich jedoch in der Narbe ein pigmentirtes Spindelzellen-Sarcom von ausserordentlich rapidem Wachsthum. Auch dieses wurde exstirpirt. Zwei Monate darauf starb das Kind mit metastatischen Tumoren in der Lunge. 2. Ein Mann von 47 Jahren liess sich von D. eine taubeneigrosse Dermoidcyste des linken Oberschenkels exstirpiren. An der Peripherie dieses Tumors befand sich ein erbsengrosser Naevus maternus, der durch den Schnitt mit entfernt wurde, — aber, wie die mikroskopische Untersuchung des ausgeschnittenen Stückes ergab,

nicht ganz vollständig. Bald darauf beobachtete D. in der Narbe eine Verhärtung und schritt am 25. Tage nach der ersten zu einer zweiten, ausgiebigeren Operation. In der That ergab die mikroskopische Untersuchung, dass in der Narbe ein Riesenzellen-Sarcom sich zu bilden begonnen hatte. 3. Einem zweimonatlichen Mädchen wurde ein kleines Angioma des unteren Augenlids entfernt. Nach 8 Monaten hatte sich an derselben Stelle ein hühnereigrosses Riesenzellen-Sarcom entwickelt, welches glücklich entfernt wurde.

Im Anschluss hieran theilt D. Untersuchungen über den mikroskopischen Bau der Naevi materni mit, von denen er ein sehr reiches Material (meist von Leichen) hatte. Nach D.'s Erfahrungen theilen sich die Naevi materni in zwei Classen: 1. die cavernösen Angiome der Haut. Sie sind entweder klein (von den Dimensionen eines Hirsekorns) und dann meist zahlreich über die Körperoberfläche verstreut, oder grösser und dann meist einzeln vorhanden. Die ersteren bleiben, falls in ihnen nicht eine Structurveränderung eintritt, klein; die letzteren können mit der Zeit erheblich wachsen und grosse Angiome oder Cavernome bilden. Beide, die grossen wie die kleinen, haben ihren Sitz im Derma. Auf mikroskopischen Querschnitten erscheint die sie überziehende Epidermis dünn und fast ganz pigmentlos, die gegen die bindegewebige Grundlage gerichteten Epidermoidalzapfen klein und fast verstrichen. An Stelle des Papillarkörpers finden sich weite Capillaren und Blutlacunen. Das intervasculäre Gewebe besteht nur in seltenen Fällen aus fibrillärem Bindegewebe, sondern überwiegend aus jungen runden oder spindelförmigen Zellen, ähnlich den Zellen der Sarcome. Eben die Naevi letzterer Art sind es, deren unvollständige Exstirpation die Veranlassung zur Sarcombildung gibt. 2. Die zweite Classe begreift die reinen Epidermoidalbildungen, von denen D. wieder drei verschiedene Formen unterscheidet: A. Einfache Pigmentirungen des Corpus Malpighi und bisweilen auch einiger Bindegewebszellen des Corpus papillare. Im Uebrigen bietet die Structur der Haut im Bereich dieser Naevi nichts von dem Normalen Abweichendes. B. Dunkelpigmentirte, meist reichliche und starke Haare tragende Naevi, in deren Bereich das Corpus Malpighi erheblich verdickt ist und wo die gegen die bindegewebige Grundlage gerichteten Fortsätze durch ihre grossen Dimensionen und ihre unregelmässige Form und Richtung auffallen. Unterhalb dieser Naevi finden sich auch

im Bindegewebe und rings von ihm umschlossen Inseln von dunkelpigmentirten Epithelialzellen. C. Eine dritte Form unterscheidet sich von der eben beschriebenen durch die blassere Pigmentirung und die stärkere Erhebung über das Niveau der Haut. Bei diesen ist die Epidermis nur dünn und wenig pigmentirt, besonders stark entwickelt erscheinen hingegen die Papillen der Cutis und die zwischen diesen hinabsteigenden Epidermoidalzapfen, welche letztere grosse Aehnlichkeit mit den Embryonalanlagen der Haare und der Schweissdrüsen besitzen. Neben diesen Zapfen existiren noch im Bindegewebe verstreute epitheliale Inseln. D. ist der Ansicht, dass die unter A. verzeichneten Naevi durchaus unschuldiger Art sind, dass aber die den beiden letzteren Formenkreisen angehörigen unter Umständen sehr wohl sich zu bösartigen Epitheliomen entwickeln können.

36. Pincus. Krankheits-Charakter der chronischen Alopecie. (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 4 und 5, 1875.)
37. Hebra Hans. Ein Fall von Sycosis framboesioides. (Bericht von Hebra's Klinik in Wien für 1874.)
38. Lewin. Ueber parasitäre Sycosis. (Aus den Charité-Annalen pro 1874, n. F. I. Bd. 1876.)
39. Charpy. Ueber Favus miliaris. (Ann. de Derm. et de Syph. VI, 1875.)
40. Horand. Herpes tonsurans bei Thieren. (Lyon méd. 13. Sept. 1874.)
41. Tilbury Fox. Tinea decalvans. (The Lancet. 10. Oct. 1874.)
42. Heiberg. Leptus autumnalis. (Nord. med. Ark. VI, 1875.)

Pincus lenkt (**36**) die Aufmerksamkeit darauf, dass in der Regel die chronische Alopecie die Partie des behaarten Kopfes ergreift, unter welcher die sehnige Ausbreitung des Musc. occipitofrontalis liegt. Es soll nach des Verf. Meinung das Bindegewebe der Kopfhaut an dieser Stelle hypertrophisch sein und dadurch ein Druck auf die Unterlage ausgeübt werden, welcher die Haarwurzeln afficirt. Verf. wendet Seifenwaschungen dagegen an.

Hebra jun. beschreibt (**37**) einen Fall von sogenannter Sycosis framboesioides, bei welchem das seit drei Jahren bestehende

Leiden nicht wie gewöhnlich Nacken und Hinterhaupt, sondern andere Stellen der behaarten Kopfhaut ergriffen hat.

Ungefähr in der Richtung der Schuppennaht, nur etwas über ihr, im Bogen ziehend, befindet sich linkerseits eine Hautstelle, die in der Breite von 1 bis 3 Cm., in der Länge von 7 Cm. in jeder Beziehung Differenz von der Norm zeigt. Das Niveau ist etwas erhaben, die Partie ist derb und hart, sclerosirt anzufühlen, sie in einer Falte aufzuheben nicht möglich wegen der Rigidität des Gewebes. Auf der Oberfläche befinden sich starre hirsekorngrosse Knötchen und etwas grössere Pusteln. Sowohl erstere als letztere sind mit Haaren durchsetzt. Während man aber bei der gewöhnlichen Sycosis bemerkt, dass jede Pustel meist nur von je einem Haare durchsetzt ist, ist hier auffällig, dass sowohl aus Knötchen, Pusteln, als auch aus den zwischen ihnen liegenden tieferen Partien die Haare immer büschelweise hervortreten, welche Büschel aus 10 bis 20 Haaren bestehen. Auch wieder im Gegensatze zur einfachen Sycosis, bei der die erkrankten Haare sich mit grosser Leichtigkeit entfernen lassen, ist hier, wie in allen bisher beobachteten Fällen der S. framboesiformis, das Ausziehen fast unmöglich, ja die Haare reissen eher ab, ehe sie sich extrahiren lassen.

In der Nähe des Winkels der Hinterhauptschuppe eine thalergrosse kreisrunde Stelle, mit den Charakteristicis der erst beschriebenen. An der Haargrenze des Nackens befinden sich einige kleine Knötchen und Pusteln, von Haaren durchsetzt, einer Sycosis vulgaris entsprechend; in ihrer Nähe einige kleine Akrochorda. Das Haar des sonst vollkommen wohlen Kranken ist aschgrau, geringelt. Zur Entfernung des Uebels wurde das Schabe-Eisen angewendet, womit schon nach der ersten Anwendung ein den Patienten zufriedenstellender Erfolg erzielt wurde, obwohl noch nicht Alles entfernt war und seine weitere Beobachtung noch wünschenswerth gewesen wäre.

Bei einem anderen mit Sycosis framboesiformis behafteten Manne befand sich in der Nähe der sycotischen Partie eine wohl an hundert heranreichende Menge von Akrochorda, ein zum mindesten auffälliges Zusammentreffen, für welches einen Zusammenhang zu finden auch nicht annäherungsweise gelingt.

Folgenden Fall von parasitärer Sycose bei einem gesunden, blonden, bart- und kopfhaarreichen jungen Manne schildert Lewin (38). In der Mitte der linken Wange, an der gewöhnlichen Grenze des Backenbartes, ist die Haut stark infiltrirt, und zwar zieht sich das Infiltrat weiter über die Wange und über den horizontalen Ast des Unterkiefers bis in die Mitte der linken Halsseite hinab. Die Farbe der erkrankten Stelle ist gleichmässig lividroth. Ueberall ist die Peripherie aus einzelnen Kreissegmenten zusammengesetzt. Haare sind auf der ganzen afficirten Fläche nur spärlich vorhanden. Die restirenden Haare sind grösstentheils verklebt; die einzelnen nicht verklebten zeigen sich trocken, spröde, verfärbt, theils wie bestäubt, theils wie grauweiss angestrichen, machen mit einem Worte den Eindruck tiefer Erkrankung. Dem Zuge der Pincette folgen sie auffallend leicht, und erhält man dabei das Haar entweder in seiner Totalität mit der Zwiebel, die etwas angeschwollen erscheint, und mit schmutzig aussehenden Fetzen des Haarbalgs, oder es folgt blos der Haarschaft in mehr oder weniger grossen Bruchstücken, an denen Reste von Wurzelscheiden flottiren. Einige Haare stecken mit einem Theile ihres Haarschafts ziemlich tief in der Cutis. Die von den Haaren entblösten Stellen des Infiltrats sind mit einer Anzahl kleiner Oeffnungen versehen, die der Haut an einzelnen Stellen ein durchsiebtes Aussehen geben. Aus diesen Oeffnungen fliesst hier eine mehr wässrige, dort eine mehr schmutzige schleimig-eitrige, an einer dritten Stelle eine etwas blutig gefärbte Flüssigkeit aus; an einzelnen Punkten sickern sogar kleine Tropfen reinen Blutes hervor. Bei Druck entleert sich hier und da eine mehr schmierige sebumartige Masse. Mit einer feinen Sonde dringt man leicht in einzelne grössere Oeffnungen ein, ja erreicht selbst hier und da einen Zoll lange flache und zugleich der Haut parallel verlaufende Hohlräume. Nicht weit von diesem Infiltrat, durch eine gesunde Partie der Haut getrennt, erhebt sich auf der linken Seite des Halses nach hinten und unten vom Processus mastoideus eine thalergrosse flache Hautschwellung. Diese zeigt eine ähnliche Beschaffenheit, wie das eben geschilderte etwas mehr diffuse Infiltrat. Die Farbe ist blässer, die Ränder steigen weniger steil an und runden sich in kleinen Bogenlinien ab. Die Haare sind auch hier sparsam und zeigen die geschilderte Beschaffenheit. Auch hier sickern aus den kleinen Oeffnungen Tröpfchen des oben beschriebenen Secrets heraus. Die rechte Wange wird von

einem ähnlichen Infiltrat, wie die linke occupirt, doch ist dasselbe von geringerer In- und Extensität.

Am charakteristischsten gestaltet sich die Sycosis am Kinn. Hier sieht man sechs $^1/_2$—$1^1/_2$ Ctm. im Durchschnitt haltende, 5—6 Mm. hohe, scharf aus der Umgebung hervorspringende hemisphäre Wucherungen, welche grosse Aehnlichkeit mit Champignonpilzen haben. Ihre Oberfläche erhält durch die vielen kleinen Granula ein warzenartiges Aussehen. An einzelnen kleineren Stellen sieht man glatte Einziehungen mit dem Charakter der narbigen Atrophie. Die Consistenz dieser Tumoren ist mittelhart, aus den siebförmigen Oeffnungen sickert dieselbe Flüssigkeit, wie auf der Wange heraus; die Haare sind nur sehr vereinzelt vorhanden und treten aus den erkrankten Stellen wie Borsten hervor.

Mit dieser Hautaffection geht eine ödematöse Schwellung des ganzen Gesichtes, namentlich der unteren Augenlider einher. Auch die Schleimhaut des Mundes ist geschwollen, und deutet die eingetretene Salivation auf die entzündliche Reizung der Speicheldrüsen hin.

Der Kranke klagt zugleich über ein Gefühl von Spannung und Schmerzen in den betroffenen Stellen des Gesichts und des Halses, die irradiirend auf die Umgebung sich fortpflanzen und selbst eine Benommenheit des Kopfes zur Folge haben. Die übrigen Functionen sind normal.

Wie beim gewöhnlichen Herpes tonsurans an anderen Theilen des Körpers beobachtete Vf. namentlich in unmittelbarer Umgebung des Backen- und Halsinfiltrats zuerst eine erythematöse sechsergrosse Stelle, die sich kreisförmig abrundete und bald die weitere Ernährungsstörung der Haut durch hier und da aufschiessende kleine Vesikeln documentirte, die aber bald zu Schüppchen vertrockneten. Zu diesen drei bekannten Stadien, dem erythematösen, dem vesiculösen und squamösen trat aber eine weitere Entwicklung an den behaarten Stellen hinzu, in denen sich kleine von Haaren durchbohrte Pustelchen bildeten, die bald zu Krusten vertrockneten. Gleichzeitig erhob sich diese afficirte Cutis in rundlicher Begrenzung zu flachen Schwellungen, so dass sich in weiterer Entwickelung nach spontaner Abstossung der Krustchen oder nach deren künstlicher Entfernung ziemlich rasch eine pilzartige Geschwulst gebildet hatte, die in wenigen Tagen beinahe das Niveau der am Kinn sitzenden eben geschilderten grösseren Sycosisknoten erreichte, und in gleicher Weise wie diese sich verhielt.

Die Therapie bestand in Epilation der sparsamen Haare auf den afficirten Hautstellen und in Umschlägen mit 2 pCt. Carbolsäurelösung. Der Erfolg war ein auffallend schneller; die Tumoren flachten sich ab, die Secrete beschränkten sich und versiegten allmälig ganz, so dass die erkrankten Hautpartien nur noch eine erythematöse glänzende Fläche darboten, in der sich hier und da eine noch ziemlich umfangreiche Oeffnung zeigte, durch die man mit der Sonde 1—2 Zoll weit ganz flach unter die unterminirte Haut einzudringen vermochte. Einen gleichen Erfolg hatte die zeitweise angewandte Salicylsäure. Interessant war es, wie nach jedesmaliger Aussetzung der erwähnten localen Therapie ziemlich rasch neue Affectionen auftraten, resp. die bestehenden sich verschlimmerten.

Die Quelle der Infection konnte nicht entdeckt werden.

Die mikroscopische Untersuchung der Haare und der Pilze ergab im Allgemeinen die Bilder, wie sie namentlich von Bazin und Köbner gezeichnet worden sind. Die herausgezogenen Haare stellten theils grosse oder kleine Rudimente vor, theils waren sie selbst mit ihrem Bulbus erhalten. Die hauptsächlichsten Veränderungen waren mehr oder weniger umfangreiche Zerfaserung und Einknickungen der Haarsubstanz. Zwischen den einzelnen Faserbündeln zeigten sich überall die Zellen des Trichophyton tonsurans, welche sich an einzelnen Stellen zu grösseren länglichrunden Nestern anhäuften. Ebenso hatte sich der Pilz zwischen die Wurzelscheiden hineingedrängt.

Der Pilz selbst zeigte die verschiedensten Gestaltungen; am häufigsten erschien er in der Form von runden, scharf contourirten, das Licht stark reflectirenden Conidien. Nicht viel seltener waren diese Zellen walzenförmig, hie und da zu cylindrischen oder oblongen Formen ausgezogen. Die Mycelienfäden waren selten von einer grösseren Länge; noch seltener zeigten sie sich verästelt. Die sie constituirenden Glieder waren meistentheils ausnahmsweise lang und breit, seltener doppelt contourirt. In den Gliederzellen sah man am häufigsten nur dunkle Kerne, in anderen kleine tropfenförmige Elemente, welche selbst den Eindruck eines bläschenartigen Gebildes machten. Der Vf. schliesst sich bei Erörterung dieses Falles vollständig den bekannten Angaben Köbners an, spricht sich gegen irgend einen Zusammenhang des Mentagra (der parasitären Sycose der Alten) mit Syphilis aus und weist als Analogon seines Falles

auf einen von Devergie gezeichneten (aber nicht als parasitär erkannten) Fall hin. (Ref.)

Charpy beschreibt (**39**) als eine Art des Favus die miliäre Form. Man bemerkt hirsekorngrosse, festhaftende Borken, welche bisweilen durch eine grauliche, staubartige Masse ersetzt sind und den ganzen Kopf einnehmen. In allen Fällen findet man die aus Pilzmasse bestehenden Haarscheiden oder Schüsselchen, die bisweilen nicht mehr als 1 Mm. im Durchmesser hatten. Alle beobachteten Fälle bestanden schon seit Monaten, man hatte es also nicht etwa mit beginnendem Favus zu thun.

Horand machte Experimente mit Inoculation von Favus und H. tonsurans und kam zu folgenden Schlüssen (**40**):

1. Die Ratte ist für H. tonsurans nicht empfänglich, wohl aber für Favus.
2. Die Katze ist für beide empfänglich.
3. Der Hund ebenfalls für beide, aber leichter für H. tonsurans.

Fox (**41**) hält an der Existenz des Mikrosporon Andouini, des die Alopecia areata (Tinea decalvans, Area Celsi, teigne pélade, la Pélade) bedingenden Pilzes fest, den er in Form zarter, welliger Mycelfäden beobachtet hat. (Malassez hat dagegen nur Sporen und kein Mycel dabei gefunden [siehe diese Vierteljahresschrift 1874, p. 431]. Es hat wohl keiner von Beiden Recht. Ref.) Als besonders interessant hebt Verf. hervor, dass in dem einen Falle 2 Kinder des Pat. an Mycosis tonsurans litten und dass die anderen 5 Fälle in einem Mädchenpensionate vorkamen, in welchem 20 andere Kinder an Herpes tonsurans zu gleicher Zeit litten. An einem Kopfe will er beide Uebel zusammen beobachtet haben.

Heiberg fand (**42**) als die Ursache einer jährlich im August wiederkehrenden Hauteruption im Dorfe Thisted in Dänemark Leptus autumnalis.

Die Eruption ist zuerst papulös, wird dann vesicular und pustulös und juckt stark; sie sitzt besonders auf den Vorderarmen und dem Nacken.

Verf. behandelte sie local mit Tct. Pyrethri.

Syphilis.

1. **Vajda.** Ueber Tripper-Complicationen. (Aus dem Berichte der Klinik für Syphilis von Prof. v. Sigmund in Wien pro 1874.)
2. **Williams.** Tripper, Endometritis, Oophoritis, Ovarial-Neuralgie. Seitliche Neigung des Uterus. (British-medical-Journal, 1875.)
3. **Réliquet.** Ueber einen seltenen Fall von Samenkolik, entstanden in Folge von Obliteration des linken Canalis ejaculatorius durch Spermaklümpchen. (Arch. méd. belg. Tom. VI., fasc. X, 1874.)
4. **Schoullen.** Behandlung der Gonorrhoe mit Irrigation und Bougie. (Franz. Diss. — Centralbl. f. Chir. 1874.)
5. **Grünfeld.** Die Endoskopie bei Stricturen der Urethra. (Wiener Medizinische Wochenschrift Nr. 39, 25. Sept. 1875.)

Aus der Mittheilung von 4 Fällen von Prostatitis blennorrhagica aus der v. Sigmund'schen Klinik (**1**) geht bezüglich der Symptomatologie hervor, dass die Prostatitis sich jedesmal durch Harnzwang manifestirte, zum letzteren gesellte sich in einem Falle noch der Stuhlzwang hinzu. Die grosse Empfindlichkeit, der Reizzustand des Blasenhalses steht hiernach mit der eventuell auftretenden Anurie im causellen Zusammenhange und eine absolute Enge der Harnröhre fand sich als Ursache der Anurie nicht vor.

Interessant ist es, dass der durch Druck auf die Prostata herausbeförderte Prostatasaft eiterig und die Spermatozoiden leblos angetroffen wurden; in einem Falle von gleichzeitiger Samenbläschenentzündung waren in dem mit Eiter gemengten Sperma noch rhombische Tafeln von Cholestearinkrystallen zu sehen.

Der Verlauf war mehr oder minder durch Fieber ausgezeichnet und die Bildung von Abscessen in der Prostata wiederholt constatirt und nur ein einziges Mal konnte die Entleerung des Abscesses in die Blase (gewöhnlich in die Urethra) angenommen werden.

Bei Anurie sind Catheterisationen, beim Tenesmus vesic. Belladonna-Suppositorien mit Erfolg angewendet worden. Sämmtliche kamen (in einem Falle nach $1\frac{1}{2}$ Jahr persistirender Schwellung der Prostata) davon, was bezüglich der Aetiologie gewisser Prostata-Hypertrophien von besonderem Belange erscheinen muss.

Therapeutisch wichtig sind drei mitgetheilte Fälle von Haematurie, in welchen nebenbei der Blasenkrampf als aetiologisches Moment hervorgehoben wird, auch die besondere Wirksamkeit der Antispasmodica, Nichtwirksamkeit der stiptischen Mittel als solches bestärkt wird.

Ein Fall von Gonitis, welche sich zu einem zwei Wochen alten Tripper gesellte, zeichnete sich durch ein flüssiges Exsudat in die Gelenkshöhle, Intactbleiben anderer Gelenke und des Herzens aus und endete mit Heilung noch vor der vollständigen Beseitigung des Trippers.

Ein der incarcerirten Hernie in allen Stücken täuschend ähnlicher Fall von Bartholini'schem Drüsenabscesse wird unter Anderem auch beschrieben und die differencielle Diagnose desselben auf Grund von Probepunction, Untersuchung des Inhaltes auf Gallensäuren festgestellt.

Williams erzählt (2) folgende Krankheitsgeschichte:

Ein 15jähriges Mädchen erkrankte im Februar 1873 an acutem Tripper. Vierzehn Tage nach der ersten Untersuchung zeigte sich Endometritis und Ovarialcongestion und darnach Ovarial-Neuralgie, welche zeitlich des Morgens begann und 6—8 Stunden andauerte. Morphininjectionen linderten den Schmerz, welcher im Verlaufe immer später auftrat und weniger lang andauerte. Bis zum 18. April hatten die acute Blennorrhoe und die Entzündung des Uterus und des Ovarium nachgelassen, aber das Mädchen klagte über grosse Schmerzen und Gefühl von Taubsein im linken Beine und konnte nicht aufrecht sitzen. Daneben Abmagerung und gelbliches Vaginalsecret. 8. Juli. Noch grösserer Verfall der Kräfte und Schmerz in

der linken Gesässhälfte, welcher nach abwärts ausstrahlt. Unfähigkeit, das linke Bein zu heben, welches beim Gehen nachgeschleift wurde. Obstipation. Auch die Blase war gereizt. Copiöseres aber weniger gelbes Vaginalsecret. Wenig Appetit und Schlaf. Dämpfung in der linken Regio iliaca neben spontanem Schmerze und Empfindlichkeit gegen Druck. Per vaginam findet man den Muttermund links von der Medianlinie und links vor ihm und mit ihm zusammenhängend eine ovoide Schwellung. Jod-Eisen-Syrup, Fleischextract, Glycerintampons, Morphinpessarien und Aconit- und Belladonnasalben. Die Dämpfung an der linken Iliacalgegend verminderte sich im Umfange. Die Kranke nahm an Gewicht zu, aber sie war noch immer unfähig, das linke Bein, welches schmerzhaft blieb, zu heben und aufrecht zu sitzen. 8. August. Während der Chloroformnarkose führte der Vf. den Zeigefinger der linken Hand in's Rectum, einen silbernen Katheter in die Blase, untersuchte mit der Rechten die zwischen beiden gelegenen Partien per vaginam und constatirte die Lateroflexion. Der Uterus ward nach abwärts gezogen und nun vom Rectum aus in die normale Lage gedrückt. Alsbald verlor sich die Dämpfung in der linken Iliacalgegend und nach 4—6 Tagen wurde der Patientin gestattet, das Bett zu verlassen, worauf sie ohne Schmerz gehen und aufrecht sitzen konnte, da der Uterus an seiner normalen Lage verharrte. Rasch nahm die Besserung des Allgemeinbefindens zu, der spontane Schmerz und die Leucorrhoe schwanden.

Réliquet erzählt (3) folgenden Fall: Ein 35 Jahre alter, herabgekommener Mann klagte über heftige Schmerzen, welche vom Anus durch das Perinäum ausstrahlten und beim Harnlassen, Stuhlabsetzen, der Samenentleerung sich einstellten. Die Schmerzen nahmen allmälig zu, Harndrang und Blutharnen (besonders bei Bewegung) traten auf. Das Setzen wird schmerzhaft und endlich äussert sich der Schmerz auch im Liegen und stört sogar den Schlaf. Eine Bougie Nr. 20 dringt leicht in die Harnröhre, ruft aber an der hinteren Partie einen solch andauernden Schmerz hervor, dass sie bald herausgezogen werden muss. Die Untersuchung des Rectum ergibt keine Abnormität an der Prostata, auch keine Schmerzempfindung, jedoch fühlt der eingeführte Finger das linke Samenbläschen geschwollen, hart, schmerzhaft, ohne Knoten an der Oberfläche.

Untersuchung auf Stein hat ein negatives Resultat. Mehrere Minuten lang fühlt der Kranke empfindliches Brennen im Anus und an der Ruthe und entleert mit dem in der Blase enthaltenen, behufs der Untersuchung eingespritzten Wasser etwa 40 kleine, weisse, stecknadelkopf- bis linsengrosse Körperchen von weicher Consistenz, die sich zwischen den Fingern zerdrücken lassen. Der Kranke erhält Morgens und Abends warme Lavements, trinkt Leinsamenthee und verhält sich ruhig im Bette. Blutharnen, Harndrang treten auf, verlieren sich aber ebenso wie der Schmerz schon am folgenden Tage. Die Samenentleerung beim nach einigen Tagen des Wohlbefindens vollzogenen Coitus veranlasst Schmerz, Samen mit Blut gemischt. Später wiederholen sich die angegebenen krankhaften Erscheinungen, aber in geringerem Grade und schwinden, nachdem aus der Urethra eine Masse hellen, weissen, glasigen Schleimes entleert wurde. Der Kranke bekam nun alle Abend ein Gramm Chloralhydrat. Nach zwei Wochen ist er vollkommen hergestellt. Eine mikroskopische Untersuchung der oben erwähnten Körperchen zeigte, dass sie aus einer durchsichtigen, hellen, homogenen Substanz bestanden, in die zahlreiche Spermatozoen eingebettet waren. Durch diese Körperchen wurde der linke Ductus ejaculatorius verstopft und in Folge dessen das entsprechende Samenbläschen ausgedehnt; seitdem waren Uriniren, Defäcation und Coitus schmerzhaft. Der blutige Urin, der Schmerz in der Harnröhre und Blase bei der Entleerung veranlassten R., die Untersuchung auf das Vorhandensein eines Steines vorzunehmen, und dabei wurden zufällig durch den Druck der Steinsonde auf die Wände des Duct. ejaculat. jene Klümpchen herausbefördert, worauf Heilung eintrat.

Schoullen (4) führt bei Tripper einen seitlich durchlöcherten metallenen Katheter (Nr. 7—8) bis in die pars prostatica und spritzt dann die Harnröhre mittelst eines Irrigators oder Clysopomps mit Kali hypermanganicum —, Carbolsäure — etc. Lösung von hinten aus. Er findet, die Injectionen mit der gewöhnlichen Tripperspritze hätten bei chronischem Tripper keinen Sinn, weil — wie er sich durch Carmininjectionen an Leichen überzeugt habe — die Flüssigkeit auch bei Abwesenheit von Stricturen weder in die hinteren Theile der Urethra noch vorne zwischen die Längsfalten der Schleimhaut gelange. (Für diese Angabe sprechen manche Umstände. Ref.)

S. verbindet diese Methode mit der Einführung salbenbestrichener dicker Bougies (Nr. 12).

In Bezug auf die Endoskopie bei Stricturen der Urethra bemerkt Grünfeld (5):

Untersucht man mit Hilfe des Endoskops — und zwar des einfachen geraden Endoskops mit Conductor — die Harnröhre ungefähr 1—2 Ctm. vor der Strictur, also in einem normalen Bezirke, so wird man, wenn concentrirtes Licht mit dem Reflector in den Tubus geleitet wird, am hinteren Ende desselben die Schleimhaut der Harnröhre in Form eines Trichters zu Gesichte bekommen, dessen Centrum eine dunkelschattirte horizontale, gestreckte kleine Figur darstellt. Die Schleimhaut dieser Partie der Harnröhre, als normal angenommen, wird leicht geröthete, radiär verlaufende Falten und correspondirende Vertiefungen zeigen. Der zunächst dem Tubus gelegene Ring aber ist etwas blässer und zeigt erhöhten Glanz (Druckerscheinung).

Schiebt man nun, am besten nach Wiedereinführung des Conductors, das Endoskop weiter hinein, und zwar bis zu einer Stelle, wo die Strictur ein Weitervordringen nicht gestattet und besichtigt jetzt das am hinteren Tubusende befindliche Sehfeld nach Entfernung des Conductors, so wird das nun sich darbietende Bild mit wesentlich verschiedener Beschaffenheit sich präsentiren. Vor Allem wird der gänzliche Mangel des Trichters auffallen, die Schleimhaut der Harnröhre wird vielmehr in Form einer verticalen Wand das hintere Ende des Tubus abschliessen. Die Schleimhaut zeigt weder Falten noch Furchen und fehlt auch der centrale Fleck des Trichters, ebenso wie der oben erwähnte erhöhte Glanz zunächst dem Tubusrande. Die Harnröhrenschleimhaut zeigt eine blassröthliche ins Gelblichweisse oder sogar ins Weisse übergehende Farbe, deren Nuancen von der Peripherie gegen das Centrum stetig abnehmen. Wird die Untersuchung mit einem Endoskope gepflogen, welches zum Beispiele in Nr. 21 der Charrière'schen Scala passt, so erhält man ein Sehfeld von 6 Millimeter Durchmesser. Auf diesem Sehfelde präsentirt sich besonders beim Andrücken des Instrumentes an die stricturirte Stelle die Schleimhaut zunächst dem Tubusrande in Form eines blassgelblichen schmalen Ringes (Druckerscheinung), weiterhin folgt ein zweiter blassröthlicher Ring, welcher der normal

gebliebenen oder der nahezu normalen Schleimhaut angehört, worauf ein dritter gelblicher Ring zu beobachten ist, in dessen Centrum sich die Mündung der Strictur in Form eines glänzend weissen kleineren oder grösseren Kreises befindet, der zumeist durch einen dunkel schattirten Punkt auffällt.

Diese Anordnung concentrischer Ringe kann in den meisten Fällen von Harnröhrenverengerungen beobachtet werden. Aber nicht immer findet sich die stricturirte Stelle genau centrirt, im Gegentheile, im ersten Momente findet man sie zumeist excentrisch. Man ist jedoch im Stande durch eine leichte Verschiebung die Strictur ins Centrum des Sehfeldes zu bringen, in welchem Falle die genannten Ringe eine regelmässige concentrische Lage haben. Es ist übrigens nicht gerade erwünscht, die Strictur zu centriren, weil man den Charakter des um sie her befindlichen Randes besser beobachten kann, wenn man sie mehr gegen die Peripherie des Sehfeldes hin locirt. Bei länger dauernder Beobachtung findet man, dass aus der Strictur eine kleine Quantität von Schleim hervorquillt, welche sich mässig wölbt und durch das reflectirte Licht einen eigenthümlichen Glanz erhält. Auch der übrige Theil des Sehfeldes kann durch diverse Flüssigkeiten: Fett, Schleim, Eiter, Blut etc. so gedeckt werden, dass die Details undeutlich werden, in welchem Falle das Sehfeld mit Hilfe eines passenden Instrumentes durch Charpie oder Baumwolle leicht abgetrocknet werden muss.

Nimmt man nun eine metallene Sonde, welche jedoch nicht gebogen ist, sondern gerade verläuft, oder eine englische Bougie oder eine Darmseite und führt dieselbe durch die endoskopische Röhre ein, so kann man, solange das eingeführte Instrument die gerade Richtung hat, die Oeffnung der Strictur treffen, und hat man sie einmal entrirt und so weit als möglich vorgeschoben, so zieht man den Tubus heraus, lässt dagegen die eingeführte Sonde innerhalb der Strictur. Erst nachdem der Tubus beseitigt ist, kann man die Sonde weiter vorschieben, bis man in die Blase gelangt ist. Eine solche Strictur, einmal passirt, kann vielleicht am nächsten oder zweitnächsten Tage ohne Zuhilfenahme des Endoskops entrirt werden; aber zumeist gelingt es da noch nicht ohne Zuhilfenahme des Endoskops, in welchem Falle man die Einführung unter der Controle des Endoskops wieder vorzunehmen sich gezwungen sehen wird. Es ist selbstverständlich, dass diese Manipulation nur so lange

von Erfolg begleitet sein kann, als ein gerades Endoskop in Anwendung gezogen werden kann. Ein gerades Rohr kann aber nur bis zu einer gewissen Grenze eingeführt werden. (? Ref.) Diese Grenze liegt zumeist in der pars prostatica, in welcher bekanntlich das Vorkommen der Stricturen relativ selten ist. Sehr wichtig für das Gelingen der Einführung einer Sonde in die Strictur durch den endoskopischen Tubus ist auch die Beschaffenheit der einzuführenden Sonde. Am leichtesten entrirt man mit der metallenen Sonde. Die Bougie bereitet desshalb Schwierigkeiten, weil sie, leicht biegsam, das Sehfeld verdunkelt. Die Bougie soll nemlich central durch den Tubus laufen, so dass sie bloss einen Punkt gleich der Grösse des Durchschnittes derselben im Sehfelde einnimmt. Ist sie nun nach einer Seite gebogen, so wird sie die entsprechende Hälfte des Sehfeldes verdunkeln; ist ihre Biegung gar eine mehrfache, so verdeckt sie leicht das ganze Sehfeld, so dass sie wieder herausgenommen, durch ein Tuch rasch durchgezogen und so gerade gerichtet werden muss. Bei einiger Uebung nimmt die Einführung der Sonde unter Zuhilfenahme des Endoskops viel weniger Zeit in Anspruch, als wenn man ohne dasselbe nach vielerlei Versuchen entriren will.

Mit Hilfe des Endoskops kann aber auch ohne jede Schwierigkeit die Urethrotomia interna vorgenommen werden, wie dies Dèsormeaux, Portella und Grünfeld selbst ausführen.

6. **Vajda.** Ueber venerische Helkosen. (Aus dem Ber. d. Klinik f. Syph. v. Sigmund in Wien pro 1874.)
7. **Venot.** Zwei Fälle von weichem Schanker am Kopfe. (Bordeaux Médical. 4. April 1875.)
8. **Lewin.** Bedenken gegen die Circumcision. (Charité-Annalen pro 1874 n. F. 1. Band 1876.)
9. **Busch.** Luxation des Penis. (Verh. niederrhein. Gesellsch. in Bonn. 1875.)

Den Mittheilungen aus der v. Sigmund'schen Klinik in Wien über venerische Helkosen und ihre Complicationen (6) entnehmen wir die Thatsache, dass mehrere Male hypertrophische Drüsentumoren mit Injection von Jodkalium-Jodlösung (nach der Heine'schen Methode bei Prostatahypertrophie) behandelt wurden. Die Erfolge waren ungünstig, es kam zu langwierigen Drüsenvereiterungen. Ob

die Verletzung ernährender Gefässe, wie Heine andeutet, Ursache der Misserfolge sei (? Ref.) soll dahin gestellt bleiben.

Venot erzählt (7) die Krankengeschichten zweier Fälle von weichem Schanker am Kopfe, bekanntlich einem so seltenen Vorkommniss, dass es lange Zeit ganz bezweifelt worden ist. Im ersten Falle bei einem öffentlichen Mädchen, welches ein Jahr früher an einem Abscess der grossen Schamlippe gelitten hatte, ist die Diagnose wohl nicht sicher; im zweiten Falle wurde wohl die Autoinoculation mit positivem Erfolge (Bildung eines weichen Schankers) gemacht, allein dasselbe Resultat würde ja bekanntlich auch die Ueberimpfung von Eiter eines harten Schankers auf einen Syphilitischen gegeben haben. (Ref.)

Lewin plaidirt (8) bei der Phimose, wenn ein operativer Eingriff nöthig wurde, für die Incision einer oder beider Lamellen anstatt der Circumcision. Der Verf. untersucht den Werth der häufig geltend gemachten angeblichen Vortheile des Mangels der Vorhaut, widerlegt die Behauptung, dass bei rituell circumcidirten Personen die Syphilis weniger leicht Eingang finde und stellt dem gegenüber eine Reihe von physiologischen Momenten dar, welche das Praeputium zu einer für die Functionen des Gliedes wichtigen und werthvollen Einrichtung gestalten. Hieher rechnet er den Mangel an Haaren, ferner die Verschiebbarkeit, Derbheit, Elasticität und Geschmeidigkeit der Vorhaut, erzielt durch die Anordnung der Talgdrüsen und Tyson'schen Drüsen und durch die besondere Beschaffenheit der Epidermis der inneren Praeputiallamelle und der Glans. Alle aus diesen Verhältnissen hervorgehenden Momente, welche nach dem Verf. die syphilitische Infection direct und indirect erschweren, werden aber durch die Circumcision theils aufgehoben, theils werden durch dieselbe neue schädliche Factoren hinzu gefügt, insbesondere die Vertrocknung und stärkere Brüchigkeit der mit der atmosphärischen Luft in Verbindung gesetzten Haut der Glans und des Sulcus, sowie die grössere Gefährlichkeit, welche den Verlauf venerischer Affectionen der Glans und des Sulcus coronarius gegenüber jenen am Praeputium charakterisirt. (Ref. stimmt in vielen Punkten mit dem Verf. überein und hält überdiess die durch die Incision erzielte grössere Entstellung für nicht so arg. Dass die

Heilung von Circumcisionswunden besonders bei vorhandener Helkose eine länger dauernde, das Halten der angelegten Nähte problematisch ist und die ausgedehnte Narbenbildung, wie auch der Verf. andeutet, auch nicht für die Functionen des Gliedes von Nutzen ist, darf wohl ebenfalls angeführt werden).

Busch erörtert (9) den Mechanismus der sogenannten Luxation des Penis. Auf diese sonderbare Verletzung ist in der neueren Zeit seit der Veröffentlichung eines Moldenhauer'schen Falles die Aufmerksamkeit wiederholt gelenkt worden, aber trotz der, wenn auch kurzen, doch deutlichen Besprechung des Nélaton'schen Falles durch Hyrtl scheint wegen des unglücklich gewählten Namens der Mechanismus nicht Allen klar zu sein. Die Haut des Penis ist fester und inniger mit der des Scrotums und der Regio suprapubica verbunden, als mit dem inneren Blatte des Praeputiums. Bei den Maschinenverletzungen, bei welchen das Scrotum von Kammrädern erfasst und gleichsam aufgewickelt wird, reisst die Haut nicht zwischen Scrotum und Penis, sondern die Penishaut wird von ihrer Insertion am inneren Blatte des Praeputiums abgerissen, so dass das letztere auf der Eichel zurückbleibt und nach seiner Spaltung und Umklappung zur Bekleidung eines grossen Theiles des Gliedes dienen kann. Wenn nun umgekehrt das Praeputium vor dem Gliede von einer Gewalt erfasst und hinreichend stark vorwärts gerissen wird, so wird ebenfalls wieder die Verbindung zwischen innerem und äusserem Blatte der Vorhaut getrennt, gleichzeitig werden die lockeren Verbindungen zwischen der Penishaut und dem Gliede losgestreift und die Scrotalhaut sowohl, als auch die Haut der Regio suprapubica, entsprechend der Grösse der Gewalt, nach vorne gerissen und von ihrer Unterlage abgetrennt. Nun hängt es von der Richtung der ziehenden Gewalt ab, je nachdem dieselbe die von ihrer Unterlage losgestreifte Haut mehr nach oben oder nach unten anzieht, ob der am Becken befestigte Penis, während seine und die benachbarte Haut über ihn fortgerissen wird, unten in das Scrotum oder in die Unterbauchgegend geräth. Der Penis selbst spielt also bei dieser Verletzung eine durchaus passive Rolle, und nur die Haut wird über ihn fortgezogen.

10. **Mason.** Ueber inficirenden Schanker an den Lippen und anderen ungewöhnlichen Punkten. (Thomas. Hosp. Rep. Bd. 4, 1874.)
11. **Henry.** Ueber denselben Gegenstand. (Am. Journ. of Syph. and Derm. October 1874.)
12. **Henry.** Drei Fälle von syphil. Induration am Collum und Cervix uteri. (Americ. Journ. of Derm. 1874, vol. 5.)
13. **Schwartz.** Syphilitischer Schanker des Collum uteri. (Ann. de Derm. et de Syph. vol. VI, 1875.)
14. **Dron.** Epidermis-Ueberpflanzung auf einen syphilitischen Schanker. (Ann. de Derm., V, 5, 1874.)

Mason gibt (**10**) eine Zusammenstellung der in England seit 20 Jahren beobachteten extragenitalen syphilitischen Schanker und schildert 35, theilweise von ihm selbst beobachtete Fälle. Nach dem Verf. ist die Unterlippe öfter befallen als die Oberlippe (v. Sigmund behauptet das Gegentheil) und kommt bei Weibern häufiger vor. (Auch hier hat v. Sigmund andere statistische Resultate erhalten.) Der Verf. erzählt ferner ausser dieser Statistik (deren Werth wir für sehr gering anschlagen, wie alle derlei Zusammenstellungen Ref.) noch fünf Fälle von Syphilis-Uebertragung besonderer Art: durch eine Cigarre, durch Catheterisirung der Tuba Eustachii, durch Aussaugen einer Wunde, durch eine Hustenpastille und schliesslich in einer Gruppe von Fällen durch Glasblasen nach einem Syphilitischen.

Henry (**11**) berichtet ebenfalls über 4 solche Fälle. Im ersten und zweiten befand sich der Schanker an der Unterlippe, im dritten Falle entstand er durch den Biss eines Diebes auf die Wange eines Hausmädchens; im vierten Falle auf dem Handrücken über dem 4. und 5. Metacarpusknochen ohne bekannte Veranlassung. (Wenn nur die Provenienz aller dieser Fälle über allen Zweifel erhaben ist! Ref.)

Henry (**12**) und Schwartz (**13**) berichten beide über Syphilisinfiltrate an der Vaginalportion. In den Fällen von Henry handelte es sich um Producte der schon seit längerer Zeit bestehenden Syphilis; in dem Falle von Schwartz um einen wirklichen inficirenden Schanker des Collum uteri bei einem Mädchen, dessen Lieb-

haber 7 Wochen zuvor an einem Ulcus auf der Spitze des Penis behandelt worden war. Das Geschwür zeigte eine Art diphtheritischen Belag und sass auf der sich hart anfühlenden Vaginalportion rings um das Orificium. Nach einigen Wochen trat ein Syphilid auf.

Dron berichtet (**14**) über einen Fall von Transplantation von Epidermis auf eine harte Ulceration der Vorhaut mit schwacher Eiterung. Es wurden 2 Hautstücke vom Schenkel des Kranken aufgetragen und befestigt. Nach 48 Stunden zeigten sich dieselben als fest haftend und umgaben sich mit Narbenhöfen. Nach 18 Tagen war der Schanker völlig geheilt.

15. Fournier. Erkrankungen, welche den Affectionen der Zunge in Folge von „tertiären“ (= Spät-) Formen der Syphilis ähnlich sind. (Referat von Schwartz, Gaz. hebdom. de medec., Nr. 43, 1874.)

16. Krieshaber und **Mauriac**: Laryngopathien während der ersten Phasen der Syphilis. (Ann. des malad. de l'Oreille et du Larynx. T. I, Nr. 1, März 1875.)

17. Poyet. Beitrag zum Studium der Kehlkopf-Syphilis. (Ann. de Dermatol. et de Syph. Bd. VI, Nr. 4 und Bd. VII, Nr. 1, 1875—76.)

18. Rollett. Ueber Lungensyphilis. (Wiener med. Presse Nr. 47. 1875.)

Durch tertiäre Syphilis entwickeln sich an der Zunge gewisse Zustände, welche Fournier (**15**) den folgenden gegenüber stellt:

1. Der Glossitis durch kantige Zähne. Es entsteht ein harter, resistenter Kern, welcher erodirt und später ulcerirt wird. Die Diagnose wird dadurch, dass man den schädlichen Zahn ausfindig macht, seine Stellung zu der fraglichen Partie der Zunge berücksichtigt, und durch den Umstand, dass mit der Entfernung der Ursache auch das Leiden schwindet, constatirt.

2. Der Glossitis der Raucher. Die Zunge derselben zeigt ein höckeriges, durchfurchtes Aussehen und einen ungleichförmigen, knotigen Rand. In der Mitte der oberen Fläche findet man eine weissliche Membran, welche nach allen Richtungen durchfurcht ist. Sie fühlt sich im vorderen Drittheil oder in der vorderen Hälfte

bloss am Rande oder weiter hinein in verschiedener Ausdehnung hart an, ist erodirt und exulcerirt. Die Ulcerationen sind zahlreich, zerstreut und oberflächlich; bisweilen reichen sie etwas mehr in die Tiefe, haben einen gelblichen, röthlichen, übelaussehenden Grund und ähneln am meisten den ulcerösen Syphiliden der Zunge. Zu diesen Veränderungen gehören ferner die perlmutterartigen Plaques, welche an den Zungen alter Raucher sich vorfinden, dem Organ ein Ansehen verleihen, als ob es eben cauterisirt oder mit Collodium betupft worden wäre, und an der Backenschleimhaut, besonders in der Nähe der Lippencommissuren fast nie fehlen.

Schwieriger ist die Diagnose, wenn eine Combination dieser Glossitis und der Syphilis zur Beobachtung kommt. Dann findet man die Zunge in ihrer vorderen Hälfte an ihren Rändern missstaltet, stellenweise mit den erwähnten perlmutterartigen Flecken besetzt oder im grossen Umfange erodirt und ulcerirt, voll Narben und Vorsprünge (Ueberreste ehemaliger Geschwüre) nach allen Richtungen von linearen Erosionen und geschwürigen, blutigen Furchen durchzogen.

3. Der Glossitis tuberculosa. Um dieses Leiden zu diagnosticiren, muss man die früheren und die gerade vorhandenen Zustände des Organes gleichmässig berücksichtigen und die Constitution des Kranken auf Tuberculose prüfen. Die Glossitis tuberculosa trotzt jeder Therapie, während die syphilitischen Erkrankungen der Zunge überhaupt leichter, besonders leicht aber nach specifischer Behandlung schwinden.

4. Dem Cancroide der Zunge während der Periode der Ulceration. Anhaltspunkte für die Diagnose bieten: das Alter des Kranken, da der Zungenkrebs gewöhnlich erst in späteren Jahren, meist zwischen 50 und 60 auftritt; das Vorhandensein der harten Basis und einer harten Umrandung (welche beim ulcerirten Gumma fehlen); die Einseitigkeit. Das Geschwür, welches von einem zerfallenen Cancroid der Zunge herstammt, ist mehr fungös, leichter blutend, weniger grau, weniger eiternd, weniger mit steilen Rändern versehen, weniger ausgehöhlt, weniger wuchernd, secernirt eine mehr stinkende Jauche, veranlasst mehr Functionsstörungen und namentlich mehr Schmerz als ein zerfallenes Gumma. Endlich kommen gleichzeitig Anschwellungen der zur erkrankten Gegend anatomisch gehörenden Lymphdrüsen häufig vor, beim Gumma nicht.

Ueber Plaques muqueuses im Larynx während des ersten Stadiums der Syphilis handeln Krieshaber und Mauriac (**16**). 10 Fälle von 14 mit Laryngitis syph. zeigten dieselben; von diesen werden 4 genauer geschildert.

Die Untersuchung ergab in einem Falle: Hypertrophie der Stimmbänder mit opalinen Flecken, ein Geschwür auf dem rechten Taschenbande, später auch auf dem linken. Im zweiten Falle: Verdickung, theilweise Röthung und zwei erodirte Plaques auf den Stimmbändern. Im dritten Falle: Eine Plaque auf dem linken Stimmbande, dann 45 Tage später noch eine und zwei auf dem rechten Im vierten Falle Plaques am Isthmus faucium und am freien Rande des linken Stimmbandes, letzteres nicht ulcerirt, ferner kleine weissliche Epitheltrübungen auf beiden Stimmbändern.

Poyet gibt (**17**) einen Abriss der Kehlkopfaffectionen bei Syphilis, welche als Dysphonie oder Aphonie, mit oder ohne Schmerzen, in selteneren Fällen Erstickungsanfälle bewirken, wenn Oedem, Vegetationen und Paralyse der Muskeln vorhanden sind. Die Larynxaffectionen treten meist erst spät, 2 bis 20 Jahre nach der Affection auf. (? Ref.)

Verf. bespricht zuerst die einfache Schleimhaut - Congestion ohne Affection der Stimmbänder und nennt sie Erythema syph. laryngis, nach ihm das einzige frühauftretende Larynx-Symptom; dann die Roseola (Röthung der Stimmbänder) zugleich mit Roseola der Haut auftretend (also doch auch frühzeitig? Ref.); dann die Erosionen und Geschwüre, welche letztere häufig im tertiären Stadium und zugleich mit Gummata auftreten. Die Schleimhaut wird dabei hyperämirt, glänzend, das Epithel schürft sich ab, etwas Serum wird abgesondert. Die Erosionen zeigen sich auf dem Kehldeckel sowohl als den Ary-Knorpeln und den wahren und falschen Stimmbändern, während die Ulcera hauptsächlich die Epiglottis betreffen. Verf. empfiehlt bei Ulcerationen die allgemeine Hg. Behandlung, überdiess Empl. Thapsiae und Crotonöl-Einreibungen auf der Brust, um die Congestion zum Schlund zu vermindern (! Ref.)

Zur Unterscheidung von tuberculösen Geschwüren gibt der Verf. an, dass letztere auf den Ary-Knorpeln zu sitzen pflegen, dass sie sich vom Centrum nach der Peripherie ausbreiten und einer anderen Laesion des Knorpels selbst zu entsprechen scheinen, dass

sie selten bluten und immer von Oedem begleitet sind, dass sie reichlichen, übelaussehenden Eiter absondern, dass der Pharynx dabei blass, anaemisch erscheint, ebenso wie der weiche Gaumen und die Zunge; dass oft völlige Aphonie vorhanden ist und fast niemals Lymphdrüsenschwellung. Der primäre Cancer des Kehlkopfes tritt meist auf einem der falschen Stimmbänder auf, besonders auf dem linken (? Ref.) als eine rothe, glänzende, leicht blutende Geschwulst, welche wuchert, schmerzhaft von Drüsenschwellungen und Salivation begleitet ist, und zu Oedema glottidis, Cachexie u. s. w. führt.

Als häufige Syphilissymptome führt Verf. ferner die Vegetationen auf, welche in der Regel auf den wahren und falschen Stimmbändern sitzen, am häufigsten am Vereinigungswinkel. Sie sind gestielt oder flach, selten isolirt, bisweilen zerstreut in Form von Hirsekörnern, sehr roth und leicht blutend. Die Erscheinungen sind analog jenen bei Larynxpolypen nicht syphilitischen Ursprunges.

Die syphilitischen Lähmungen treten nur am Ende des secundären oder während des tertiären Stadiums auf und betreffen beide Stimmbänder oder nur eines.

Das syphilitische Glottis-Oedem ist selten; es tritt an der Epiglottis und den Ary-Knorpeln, oder an den Stimmbändern selbst oder endlich unterhalb derselben auf. Am häufigsten ist die erste Form, und zwar im Gefolge tieferer Geschwürsbildungen. Das tuberculöse Oedem sitzt nach dem Verf. häufiger auf den Ary-Knorpeln, ist blasser und oft weiss.

Dass im Verlaufe der constitutionellen Syphilis und von dieser abhängig verschiedene Formen der Erkrankung des Lungenparenchyms und der Bronchien auftreten, ist, wie Rollett hervorhebt (**18**), unzweifelhaft, seitdem die wohlbekannten anatomischen Arbeiten von Dittrich, Lebert, Virchow, Förster, Beer, Wagner u. A. die Existenz der syphilitischen Lungenaffectionen bei Neugeborenen, Kindern und Erwachsenen in überzeugender Weise dargethan haben.

Die anatomischen Kennzeichen der Lungensyphilis sind jedoch nicht derart, um in allen Fällen gleich auf den ersten Blick die durch Syphilis bedingten Veränderungen der Lungensubstanz von ähnlichen durch andere Momente, insbesondere Tuberkel, Krebs, käsige Pneumonie, chronische indurative Pneumonie gesetzten Ver-

änderungen zu unterscheiden. In noch höherem Grade gilt dies begreiflicher Weise für die klinische Diagnose, bezüglich welcher der Vf. folgende Bemerkungen macht:

Behufs Feststellung der Symptome der Lungensyphilis scheint es zunächst nöthig, die verschiedenen Formen, in denen die genannte Erkrankung zur Beobachtung kommt, auseinander zu halten.

In frischem Zustande kommt das Lungensyphilom entweder in knotigen Massen von runder, ellipsoider oder unregelmässiger Gestalt von verschiedener bis Faustgrösse, vereinzelt oder über grössere Lungenabschnitte zerstreut vor, oder es bildet diffuse Infiltrationen, allein oder zugleich mit Knoten, die sich über einen Lungenlappen oder selbst über einen oder beide Lungenflügel (bei Neugeborenen) erstrecken. — In älterem Zustande zeigen sich in fettiger Atrophie und Zerfall begriffene käsige Massen, Ulcerationen und Cavernen, mehr weniger reichliche schwielige Bindegewebsmassen.

Man wird sofort begreifen, dass die physikalischen und functionellen Symptome dieser durch Syphilis bedingten Veränderungen der Lungensubstanz im Allgemeinen ganz analog denen sein müssen, welche durch andere im grob anatomischen Sinne ganz ähnliche Processe, als chronische, käsige Pneumonie, Tuberculose, Krebs herbeigeführt werden.

Ob es je gelingen wird, durch die physikalische Untersuchung der Brustorgane allein gewisse charakteristische Merkmale der Lungensyphilis aufzufinden, bleibt vorläufig in Frage. Es liegt zwar aus der neuesten Zeit eine Angabe von Grandidier (Berl. klin Wochenschr. Jahrg. 12. Nr, 15) vor, wornach unter 30 Fällen von Lungensyphilis 27mal der Sitz der Krankheit durch Percussion und Auscultation im rechten mittleren Lungenlappen nachweisbar gewesen sein soll. Der genannte Autor hält diese Sitzvarietät der Lungeninfiltration bei Syphilis, gegenüber jener in den Lungenspitzen bei Tuberculose, für so charakteristisch, dass er bei ihrem Vorhandensein auch ohne anderweitige Merkmale die syphilitische Natur des Lungenleidens annehmen zu können glaubt. Da diese Angaben weder durch Mittheilung genauer Krankengeschichten, noch sonst wie erhärtet werden, so ist wohl vorläufig noch die Bestätigung derselben abzuwarten, umsomehr als gerade die vorliegenden anatomischen Untersuchungen einen in so hohem Grade vorwiegenden

Sitz der Syphilis im rechten mittleren Lungenlappen nicht nachgewiesen haben.

Vf. selbst hatte zwar auch in einem Falle, in welchem Lungensyphilis mit grösster Wahrscheinlichkeit diagnosticirt wurde, den rechten mittleren Lungenlappen, hingegen in zwei anderen Fällen, von denen einer auf Oppolzer's Klinik beobachtet wurde und zur Section kam, gerade den linken Lungenflügel ergriffen gesehen. Eines scheint jedoch ziemlich sicher und von differentiell diagnostischer Wichtigkeit, nämlich das Freisein der Lungenspitzen und der prävalirende Sitz in der mittleren Thoraxregion, welch' letztere aber begreiflicher Weise von jedem der verschiedenen Lungenlappen theilweise occupirt wird. Inwieweit hiebei das Uebergreifen der Erkrankung von Theilungsstellen der grossen Bronchien aus im Spiele ist, muss weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben. Ein anderes Moment, welches in gewissen Fällen zur Diagnose verwerthet werden könnte, ist neben dem von der Lungenspitze entfernten Sitze auch die Form der Dämpfung des Percussionsschalles, die Dämpfungsfigur. Vecchi (Giorn. ital. d. mal. vener. e d. pelle 1869, 2.) hat bereits dieses Moment berücksichtigt bei einem 32jährigen sonst gesunden Manne, der nach einem callösen Präputialgeschwür eine Papeleruption im Rachen, Infiltration der Leisten-, Achsel-, Halsdrüsen und vier Monate später Husten und Respirationsbeschwerden bekam, und bei welchem sich in der Höhe der dritten und vierten Rippe links vorne eine ellipsoide umschriebene Dämpfung des Perkussionsschalles zeigte, welche unter dem Gebrauche von Jodkalium (3 grm. pro die) in 40 Tagen unter Beseitigung der Brustbeschwerden zum Schwinden kam.

Wenn auch im Allgemeinen die durch die physikalischen Hilfsmittel, insbesondere durch Percussion und Auscultation zu eruirenden Zeichen der Lungensyphilis in ihren verschiedenen Formen und Stadien ganz dieselben sein müssen, wie sie auch anderen Lungenerkrankungen zukommen, so lässt sich gleichwohl denken, dass bei Lungensyphilis gewisse Eigenthümlichkeiten in dem Auftreten, in der Combination dieser Zeichen unter sich und mit anderen Symptomen vorkommen können, wie dies bereits in Hinsicht auf Form und Sitz der Dämpfung angedeutet wurde.

Die Symptome der Lungensyphilis, wie sie Vf. theils selbst beobachtet hat, theils in der Literatur aufgezeichnet findet, kurz

zusammengefasst, sind folgende: Stets findet sich mehr weniger hochgradige Dyspnöe theils in Folge der durch die Entwicklung der Syphilome verminderten Respirationsoberfläche, theils wegen Beeinträchtigung des Lumens benachbarter grösserer Bronchien, nicht minder wegen der begleitenden katarrhalischen Schwellung und der Gegenwart von Flüssigkeit in den Luftwegen, ferner auch wegen secundärer Entzündung benachbarter Lungenläppchen. Die Athemnoth kann sich bis zur Orthopnöe und bei stärkeren Körperanstrengungen bis zu asthmatischen Anfällen steigern.

Ferner kommen Gefühl von Druck und Schwere auf der Brust und stechende Schmerzen namentlich beim tiefen Einathmen und bei der Percussion vor; die letzteren offenbar wegen entzündlicher Reizung der Pleura bei peripherem Sitz der Erkrankung.

Der Husten ist meist trocken, namentlich bei frischer Erkrankung, zuweilen mit blutigem Auswurf, selbst reichlicher Hämoptoë; in späteren Stadien der Erkrankung ist der Auswurf ähnlich wie bei Phthisikern.

Fieber fehlt in der Regel gänzlich und wird nur durch Complicationen hervorgerufen.

Die Percussion zeigt mehr weniger ausgebreitete, manchmal scharf begrenzte, rund oder unregelmässig geformte Dämpfung meist in der mittleren Thoraxregion, einseitig oder beiderseitig, namentlich an der Vorder- und Seitenfläche und zwischen den Schulterblättern deutlich nachweisbar.

Die Resistenz ist über den gedämpften Stellen auffallend vermehrt und der Stimmfremitus öfter fehlend oder geschwächt, selten verstärkt.

Die Auscultation zeigt daselbst fehlendes oder vermindertes unbestimmtes Athmungsgeräusch, zuweilen Bronchialathmen und Rasseln. In späteren Stadien der Erkrankung werden Höhlensymptome beobachtet und alle Zeichen der Lungenphthisis, unter deren Bilde die Krankheit ihren Verlauf nimmt.

Von grösster Wichtigkeit ist die Gegenwart von Erscheinungen constitutioneller Syphilis in anderen Organen, namentlich Schwellung der Leisten-, Hals-, Nacken-, Achseldrüsen, die Spuren der Syphilis in der Haut, Schleimhaut, den Knochen, der anamnestische Nachweis der stattgehabten Infection und des bisherigen Ganges der Erkrankung, ferner das Fehlen des sogenannten Habitus phthisicus

und das Fehlen einer früheren entzündlichen Erkrankung der Brustorgane, einer Pneumonie oder Pleuritis.

Ergibt nun die Beobachtung, dass während des Gebrauches einer antisyphilitischen Kur die angeführten Erscheinungen sich wesentlich bessern, so ist der Schluss, dass die im übrigen Körper nachweisbare Syphilis auch in den Lungen ihren Sitz aufgeschlagen, in hohem Grade gesichert.

19. Thaden. Ein syphilitisches Fussgeschwür und chronische Neuritis mit epileptischen Anfällen. (Deutsche Zeitschr. f. klin. Chir. IV und V, 1875.)

20. Lawson. Intrauterine, syphilitische Iritis. (Med. Times, 3. April 1875.)

21. Bull. Zwei Fälle von interessanten syphilitischen Affectionen des Auges. (Transact. of the Am. Ophthalmol. Soc. for 1874, Bericht der Arch. of Derm. and Syphil. 1875.)

22. Rankin. Ein Fall syphilitischer Atrophie beider nervi optici. (The Medical Record. Vol. 10. Nr. 11 1875.)

23. Knapp. Neuroretinitis bei einem Gumma der dura mater. (Arch. f. Augen- und Ohrenheilk. IV, 2, 1875.)

24. R. W. Taylor. Syphilitische Erkrankung der Carunculae lacrymales. (Amer. Journ. of med. sciences, April 1875.)

25. Roosa. Ein Fall von syphilitischer Erkrankung des Gehörnerven, diagnosticirt durch einen Ausschlag; specifische Behandlung; Genesung. (Arch. of. Dermatol. Vol. I, Nr. III, 1875.)

Thaden beschreibt (**19**) einen Fall von syphilitischer Ulceration am Unterschenkel eines Weibes, auf welcher eine entzündliche Verdickung des N. peroneus superf. in Form einer empfindlichen Wucherung im Centrum des Geschwüres auftrat. Die Kranke wurde kurz darauf von epileptiformen Krämpfen ergriffen, die häufig wiederkehrten und von einer längs der Nerven fortschreitenden schmerzhaften Aura eingeleitet wurden. Partielle Resection der Nerven bewirkte Aufhören der Anfälle durch 10 Wochen und eine mercurielle Behandlung vollendete die Heilung.

Einen Fall von intrauteriner Iritis syphilitica erzählt Lawson (**20**). Die linke Iris des 7monatlichen Mädchens zeigte

nämlich unregelmässige Verziehung der Pupille, hintere Synechien und ein Exsudat in der Mitte der vorderen Linsenkapsel. Seit seiner Geburt hatte das Kind angeblich an keiner Augenerkrankung gelitten, wohl aber fand sich ein papulöses Syphilid circa anum und an den Schamlippen.

Von zwei Fällen, über welche Bull (**21**) berichtet, betraf der eine ein Gumma der subconjunctivalen Fascie und der Sclera zugleich mit Gumma des Ciliarkörpers am linken Auge. An der Iris zeigte sich, trotzdem Irido-Choroidea vorhanden gewesen war, kein Gumma. Es fand sich rundliche Schwellung und Erhebung der Ciliargegend zwischen dem Rectus superior und externus, ungefähr 2''' hoch; die Conjunctivalgefässe darüber sehr hyperaemirt und gewunden, das Auge sehr schmerzhaft. Nach Erweiterung der Pupille zeigten sich Glaskörperflocken. Im oberen und äusseren Theile eine stationäre dunkelbraune Masse von etwa Erbsengrösse, welche genau dem Tumor der Sclera entsprach.

Der zweite Fall war der einer Chorioiditis disseminata syphilitischen Ursprunges, mit atrophischer Degeneration der Sehnervenscheiben, zerstreuter Pigmentanhäufung besonders um die Macula in sechseckiger Form vor und hinter den Gefässen der Retina.

Rankin berichtet (**22**) über einen Mann mit beiderseitiger, durch ein syphilitisches Gehirnleiden bedingter Sehnervenatrophie, der durch Behandlung mit Mercurialien und Strychnin von seiner hochgradigen Sehstörung vollständig geheilt wurde. Als R. den Kranken zum ersten Male nach 10jähr. Bestande der Syphilis sah, existirte die Sehstörung 5 Wochen lang und war dahin gediehen, dass links nur von der Nasenseite her quantitative Lichtempfindung, rechts S. $^{16}/_{200}$ bei hochgradiger Gesichtsfeldeinschränkung vorhanden war. Nach dreimonatlicher Behandlung war links S. $^{20}/_{30}$, rechts $^{20}/_{20}$ nahezu und ein halbes Jahr nach der ersten Untersuchung bestand beiderseits S. $^{20}/_{20}$ nahezu und der Patient sah so gut, als je zuvor.

Der ophthalmoskopische Befund hatte sich während der ganzen Behandlungsdauer wenig geändert. Zu Beginn derselben waren beide Papillen von bläulich-weisser Farbe und nach innen hin unregelmässig contourirt, die schmalen Papillengefässe gänzlich geschwunden, die Retinalarterien sehr verengert. Am Schlusse der Behandlung

war die Farbe der Papillen ganz unverändert und die feinen Papillengefässchen eben so wenig sichtbar, als am Anfange derselben, die Hauptarterien der Retina jedoch hatten ihre normalen Durchmesser wieder erlangt.

Das Strychnin wurde in der Stärke von $^1/_{48}$ bis $^1/_6$ Gran durch beiläufig 11 Wochen lang gebraucht. Wenig Tage lang wurde es innerlich genommen, etwa durch 14 Tage wurde es an jedem zweiten Tage und die ganze übrige Zeit täglich injicirt.

Gleichzeitig wurde der Kranke mit Mercurialien und Jodkalium behandelt.

Knapp schildert (**23**) einen Fall von Neuroretinitis und Atrophie der Sehnerven bei einem Kranken, welcher 11 Jahre früher an primärer Syphilis gelitten hatte, dann an Periostitis am Kopfe, osteokopischen Schmerzen, Convulsionen und beiderseitigem Exophthalmus erkrankte. Die Section ergab ein grosses Gumma an der harten Hirnhaut des vorderen Theils des linken Vorderlappens und Erweichung der Gehirnmasse in der Umgebung.

In zwei Fällen von Syphilis fand Taylor (**24**) gummöse Infiltration der Carunculae lacrymales, eine seltene Erscheinung. Im ersten Falle trat Vergrösserung derselben zu 4fachem Umfang und pyramidenähnlicher Gestalt 3 Jahre nach dem Primaraffect zugleich mit allgemeinem ulcerösem Syphilide auf. Die Carunkel waren hart aber nicht ulcerirt, das Schliessen der Augenlider erschwert. Der zweite Fall zeigte zwei ähnliche, nur etwas grössere Geschwülste, ebenfalls ohne Ulceration und Absonderung. Die antisyphilitische Behandlung erzielte nach 10 Monaten Atrophie der Geschwülste. Im ersten Falle waren sie durch den Missgriff eines Arztes, der sie für Cancer hielt, exstirpirt worden.

Roosa erzählt (**25**) folgenden Fall:

Am 28. October 1874 kam ein 37 Jahr alter Assecuranzmäkler zur Behandlung, der vor 5 Wochen plötzlich schwerhörig geworden. Der Gehörsverlust war von bedeutendem Sausen begleitet und verhinderte durch stete Verschlimmerung den sonst gesund aussehenden Mann an der Ausübung seines Geschäftes; freiwillig bemerkt der Patient, dass er bei Nacht immer schlechter hört. Auf der rechten Seite

wird die Uhr gar nicht und auf der linken nur beim Anlegen gehört; die Stimmgabel auf der linken Seite deutlicher vernehmbar. Der Pharynx granulirt und stark secernirend. Die Trommelfelle sehen gut aus, nur sind die Lichtkegel klein. Luft dringt in beide Trommelhöhlen sowohl vermittelst des Katheters, als der Luftdouche, ohne jedoch von einer Gehörsverbesserung gefolgt zu sein. R. diagnosticirte eine Erkrankung des Nerven, doch war ihm der Fall nicht ganz klar. An den Flachhänden bemerkte er einen papulösen Ausschlag, auch schien es ihm, als wenn die Kopfhaare ausfielen; da jedoch die bei der Ordination anwesende Frau des Kranken die Fragestellung sehr strenge überwachte, verschob R. weitere Erkundigungen auf ein nächstes Mal. Es stellte sich sodann heraus, dass Patient im März 1874 einen Schanker und im Juli eine Alopecie gehabt hatte und dass in den letzten Wochen auch ein Ausschlag vorhanden war. Mercurialinunctionen und Jodkalium stellten die Gehörkraft wieder her und das Ohrklingen verlor sich. Im Februar 1875 meldete sein Arzt noch eine merkliche Besserung des Gehörs.

26. Vajda. Ueber Syphilis universalis. (Aus dem Berichte der Klinik für Syphilis von v. Sigmund in Wien pro 1874.)

27. Guibout. Schneller und bösartiger Verlauf der Syphilis. (Union méd., 61, 62, 1875.)

28. Bardinet. Syphilis, übertragen durch den Finger einer Hebamme. (Ann. d'Hygiéne pub. et Méd. légale, Juli 1874.)

29. Caspary. Ueber syphilitische Reinfection. („Deutsche Med. Wochenschrift" Nr. 7, 1875.)

Aus den Mittheilungen der v. Sigmund'schen Klinik (**26**) über Syphilis universalis theilen wir einige Notizen mit:

Zuerst einen Fall von Infection der Tuba Eustachii:

Ein 27 Jahre altes Stubenmädchen mit weitausgebreiteten, luxurirenden Papeln der Mundschleimhaut, speciell des weichen Gaumens, der Tonsillen und hinteren Rachenwand zeigte bei der genaueren laryngorhinoskopischen Untersuchung und Betastung das Ostium der linksseitigen Tuba Eustachii von derben Infiltraten umgeben, verschlossen, welche sich für den Finger besonders bemerkbar machten; auf der Oberfläche eine opakweisse Färbung und unebene Beschaffenheit der Schleimhaut bedingend. Hochgradige cervicale Lymph-

drüsenentzündung complicirte das Uebel. Das Hymen war völlig intact und der Scheideneingang von Trichomen (Alibert's) verschlossen, selbst für den untersuchenden Finger schwer zugängig. Die Patientin, auf beiden Ohren im höchsten Grade schwerhörig, gibt an, vor 6 Monaten einen „Abscess“ an der linken Tonsille gehabt zu haben, welcher angeblich in Folge der allzu häufigen Catheterisation der Tub. Eust. entstanden sein soll. Diese Catheterisationen sollen nach Aussage der Patientin in Folge einer früher bestandenen, der gegenwärtigen nicht vergleichbar starken Schwerhörigkeit vorgenommen worden sein. Seit 8 Wochen will Patientin die oben bezeichneten Epithel-Auflagerungen haben. Nach der Entfernung der an den Schamlefzen und zwischen denselben befindlichen Trichome konnte man an den Nymphen mit Ausnahme zweier circa linsengrossen Epithelverdickungen nichts Krankhaftes constatiren. Nachdem Patientin 13 Einreibungen von oleinsaurem Quecksilberoxyd gemacht und täglich die Mundaffection mit Lapistouchirung behandelt worden war, verspürte sie eine wesentliche Erleichterung in Bezug auf Schlingbeschwerden und Schwerhörigkeit. Am 9. Juni wurden die Einreibungen unterbrochen; die Affection der Mundschleimhaut war bis auf eine düsterrothe Färbung rückgängig geworden; die weitere Behandlung bestand in sorgfältiger Reinigung der Nasenrachenhöhle.

Ferner einen Fall von bedeutender Abnahme des diffus erkrankten Lebervolums in Folge von Jodkaliumgebrauch und einen zweiten von Zungen-, Leber- und Hoden-Gummata.

Der erste Kranke war 34 Jahre alt, aufgenommen am 4. November 1874 mit Narben in der linken Eichelkronenfurche mit einem fluctuirenden Gumma, entsprechend dem Sternoclavicular-Gelenke, mit einem exulcerirten Gumma an der linken Schulter. — Ausserdem war die Leber enorm vergrössert; in der linken Parasternallinie war die Dämpfung derselben zwölf Cent., in der rechten Parasternallinie 18, in der rechten Mammillarlinie 20, in der rechten Axillarlinie 17 Ctm. weit zu verfolgen. Die Milzdämpfung betrug in der Axillarlinie entlang der Rippen, 17 Ctm. Seit anderthalb Jahren soll der noch bestehende Icterus unbedeutend zugenommen haben. Von der Perforation des harten Gaumens will Patient keine Kenntniss haben. Im Urin waren die Farbstoffe stark vermehrt, jedoch ein abnormer Gehalt an Gallenfarbstoffen konnte nicht nachgewiesen werden. Innerlich wurde dem Patienten Jodkalium, 2 Gr. pro

die verordnet, — äusserlich auf die Geschwürsfläche Jodkalijodverband applicirt. — Am 15. December war das Geschwür am linken Schultergelenke überhäutet. Die Leberdämpfung in der Mammillarlinie um 6 Ctm. abgenommen. Die Oberfläche der Leber war uneben, groblappig geworden, bezüglich der Resistenz der Lebersubstanz war keine Veränderung zu constatiren.

Der zweite Kranke, 38 Jahre alt, Hausknecht, aufgenommen am 22. Mai 1874 mit einem erbsengrossen, scharf begrenzten Knoten in der Zungensubstanz, über welchem die Schleimhaut geröthet, glatt, papillenlos erschien. An der Oberfläche der Leber liessen sich mittelst der Palpation zwei circa klein-apfelgrosse Protuberanzen, entsprechend dem Ligamentum suspensorium, nachweisen, ausserdem waren noch eine Verdickung und Knoten in der Tunica albuginea testis und Corpus Highmori testis nachzuweisen, so dass der Querumfang des linken Hodens 11 Ctm., der Längsumfang desselben 18 Ctm. betrug. Der Kranke soll im Jahre 1868 zum ersten Male an den Geschlechtstheilen krank gewesen sein, und zwar mit einem „Chanker". Jodkalium innerlich täglich 2·0 Gr. wurde ihm von nun an verabreicht. Am 1. Juni war das Zungengumma bedeutend kleiner geworden. — Einreibungen von grauer Salbe angeordnet. — Am 20. Juni wurden dieselben bei Zahl 20 sistirt; die Protuberanzen der Oberfläche der Leber nicht mehr nachweisbar. Am 25. Juni betrug der Umfang des linken Hodens der Länge nach 14, der Quere nach 10 Ctm. Der Knoten der Zunge war bis auf eine geringfügige Resistenz rückgängig geworden. — Am 28. Juni ist Patient entlassen worden.

Einen rapiden und bösartigen Verlauf der Syphilis in zwei Fällen beschreibt Guibout (**27**). Bei beiden (1 Mann, 1 Weib) traten 6 Wochen nach dem Primäraffect über den ganzen Körper Ulcerationen mit starker Eiter- und Borkenbildung auf, zugleich allgemeine persistente, fieberhafte Prostration mit Diarrhoen. Die Patienten wurden dessen ungeachtet durch eine mit Tonicis combinirte antisyphilitische Behandlung geheilt.

Eine Hebamme mit einem syphilitischen Schanker am Finger hat nach Bardinet's Bericht (**28**) eine völlige Epidemie von Syphilis bei Gebärenden und ihren Angehörigen im Jahre 1873

in Brioc in Frankreich erzeugt. Von 50 Frauen, welche sie, während das Geschwür offen war, pflegte, wurde die Erkrankung von 14 bekannt. Interessant ist, dass eine Zeit lang, nachdem schon 3 Frauen von ihr angesteckt worden waren, keine Uebertragung erfolgte (vielleicht mangelnde Secretion) und dann wieder zahlreiche. Acht Ehemänner und neun Kinder wurden ebenfalls inficirt, von letzteren starben vier. Der Verf. glaubt indess, dass viele Fälle gar nicht angezeigt worden sind.

Erwähnenswerth ist, dass bei einigen Kindern die Syphilis sehr schnell nach der Infection auftrat. (Diess verhält sich ähnlich wie bei der Impfsyphilis, siehe Auspitz Lehren vom syphilitischen Contagium. Ref.)

Caspary theilt (**29**) aus eigener Beobachtung folgende Fälle von Reinfectio syphilitico mit:

1. Ein aus phthisischer Familie stammender Mann hatte nach mehrjährigem Leiden an Syphilis, u. a. schwerer Iritis, eine vielwöchentliche Kur durchgemacht, und war seither freigeblieben von Zeichen der Lues. Im Jahre 1868 hochgradige Harnröhrenstrictur. Ende Januar 1869 indurirtes Geschwür an dem inneren Präputialblatte, dem sich bald Drüseninfiltrationen in beiden Leisten, Adenitis universalis, maculöses Syphilid bei übrigens gutem Allgemeinbefinden anschlossen. Beim Auftreten des Syphilids Injectionskur, unter der in kaum 20 Tagen (auf 20 Injectionen zu je 0,01 Sublimat) die Roseola verschwand, Induration und Drüsenverhärtungen sich schnell zurückbildeten. Ende des Jahres 1869 Tod des nunmehr 40 Jahre alten Mannes an Tuberculose. Von Zeichen der Syphilis, die wohl zu dem schnellen Ende mag wesentlich beigetragen haben, war nie mehr etwas aufgetreten.

2. Ein 40jähriger Mann von schwächlichem Körperbau hatte vor 13 Jahren einen harten Schanker acquirirt, dem Ulcerationen im Schlunde, Condylome am Anus, Hautausschläge folgten. Nachdem er zwei Inunctionskuren bald hintereinander durchgemacht hatte, blieb er frei, und — seit vielen Jahren verheirathet — hat er eine gesunde Frau und gesunde Kinder. — Anfang April 1875 zeigte er eine nicht wunde, erbsengrosse Induration in der Corona glandis, die ganz das typische Ansehen einer syphilitischen Sclerose darbot. Am 1. Juni das Scrotum bedeckt mit theils wunden, theils schuppen-

belegten Papeln; wenige Papeln auf Stirn, Armen, Schenkeln, die meisten um das rechte Fibularköpfchen, Drüseninfiltrationen in beiden Leisten, an beiden Seiten des Halses; Erosionen auf den Tonsillen, die anfängliche Induration nur wenig fühlbar. — Nach 15 Einreibungen von je 3 Gramm Ungt. cinereum verschwanden alle Zeichen und sind bisher nicht wiedergekehrt.

3. Ein sehr kräftiger Mann hatte Verf. im Sommer 1871 wegen eines indurirten Ulcus, Drüseninfiltrationen, maculo-papulösen Exanthems consultirt. Schmierkur. Seither war er von allen ihm verdächtigen Zeichen frei geblieben. — Am 11. August 1875 gab er an, dass er gleich nach einem Anfangs Mai vollzogenen Coïtus ein Geschwür bemerkt habe; bei völligem Wohlsein sei er Ende Juli von Gliederschmerzen am Knie und vielen anderen Gelenken befallen worden, die umhergewandert, noch vorhanden, aber etwas gemildert seien; am 3. August habe er Ausschlag bemerkt. Verf. fand ein heilendes indurirtes Ulcus in der Corona glandis, Drüseninfiltrationen allerwärts, reichliches maculo-papulöses Exanthem, Erosionen am weichen Gaumen. Druck auf einzelne Metacarpalköpfchen schmerzhaft. — Nach wenigen Inunctionen hatten die Gelenkschmerzen aufgehört; sehr bald war auch das Geschwür heil, die Affection von Haut und Schleimhäuten verschwunden.

Verf. glaubt schliesslich darauf hinweisen zu müssen, dass erstens die Frage der Häufigkeit der Reinfection noch ungelöst, aber ihre (schwer zu erzielende, Ref.) Lösung von Wichtigkeit sei und zweitens, dass ausser dem indurirten Geschwür und der Drüsenaffection in der Nähe weitere unzweifelhafte Symptome — als Adenitis universalis oder Haut- resp. Schleimhautleiden — vorhanden sein müssen, um die Diagnose einer Reinfection zweifellos zu machen. (In Köbner's Arbeit über Reinfection (siehe dieses Arch. 1872 pag. 578) finden sich an die Thatsachen geknüpft einige sehr wichtige Folgerungen. Von diesen Conclusionen ist die wichtigste die, dass gewisse sog. tertiäre Erscheinungen nicht mehr als wirklich syphilitische, sondern als Nachkrankheiten der Syphilis aufzufassen sind, und es haben in letzter Zeit auch Gascoyen und Schuster ähnliche Ansichten ausgesprochen. Es wäre zu wünschen gewesen, wenn auch C. sich hierüber geäussert hätte. Ref.)

30. **Caspary.** Ueber die Contagiosität der hereditären Syphilis. (Berliner klinische Wochenschrift, 1875, Nr. 41.)
31. **Laroyenne.** Unfruchtbarkeit durch Syphilis des Mannes. (Lyon médic., Nr. 4, 1875. Discussion in der Soc. méd. de Lyon.)
32. **Weber.** Ueber den Einfluss der Syphilis auf schwangere Frauen bei verschiedenen Behandlungsmethoden. (Allg. med. Centralzeitung, 3. und 6. Febr. 1875.)
33. **Chéron.** Behandlung der papulösen hypertrophischen Syphilide. (Gaz. médic. 1875. Nr. 31.)
34. **Drysdale.** Ueber die Vorläufer und die Behandlung der tertiären Syphilis. (Med. Press and Circ., 3. und 10. März 1875.)

Gegenüber der von Günzburg (siehe dies. Arch. 1873, pag. 604) aufgestellten Behauptung, dass hereditäre Syphilis durch Ansteckung nicht auf die Amme übertragen werden könne, tritt Caspary (**30**) mit folgenden Fällen ein:

1. Eine 34 Jahre alte, kräftige Arbeiterfrau ist seit 3 Jahren verheirathet und will vor der Ehe wie während derselben gesund gewesen sein. Sie hatte zwei gesunde Kinder; das letzte nährte sie bis zum Alter von einem Jahre und nahm dann im Frühjahr 1869 in nicht näher zu bestimmender Zeit ein uneheliches Kind zum Nähren an. Dieses, acht Tage alt, in sehr elendem Zustande ihr übergeben, hatte Ausschlag am Anus und Munde, dēr bald zunahm und bei der Untersuchung als Syphilis erkannt wurde. Während sie dieses Kind nährte, trat einmal die Menstruation ein und nicht wieder. Dann merkte sie eine Wunde an der Brust, bald allgemeine Roseola. Im fünften Monate der Gravidität wurde eine Inunctionskur mit vollkommenem, bis heute währendem Erfolge eingeleitet. Der Mann ist ohne Infection geblieben.

Am 4. März 1870, am normalen Schwangerschaftsende, trat die Geburt eines gesund aussehenden, kräftigen Knaben ein. Dieses Kind blieb in vollem Wohlsein, bis am 14. April die Mutter den Armenarzt wieder consultirte, weil sie seit einigen Tagen Flecken im Gesicht, am Anus und Scrotum beim Kinde bemerkt hatte. Es wurde Roseola syphilitica constatirt und Calomel gegeben. Am nächsten Tage war das Kind todt. Die Section ergab: Mässig gut ge-

nährtes Kind von entsprechender Grösse, abgeblasste Makeln an den genannten Stellen. Thymus, Kehlkopf normal. Aber hoch oben in den Bronchien beginnt, sich tief hinein erstreckend, eine purulente Bronchitis, die wohl die Todesursache gewesen sein wird. Unter beiden Pleuren Ekchymosen, besonders stark unter der Pleura mediastinalis beiderseits, kleine Lungenpartien atelectatisch, ductus Botalli sich verengernd, mit einem Blutgerinnsel angefüllt. In der von Peritonitis freien Bauchhöhle präsentirt sich eine gleichmässig vergrösserte Leber, die mehr als einen Finger breit unter dem Rippenrand hervorragt. An ihrer vorderen Fläche eine silbergroschengrosse, etwas anämische Einziehung, die auf dem Durchschnitte weissliche Stränge zeigt. Das Gewebe durchweg ziemlich hart, keine Gummata zu sehen. Die Drüsen an der Porta hepatis vergrössert und indurirt, durch peritonitische Adhäsionen mit der Leber verwachsen. Im Magen starke cadaveröse Erweichung. Nieren und Nebennieren erscheinen beiderseits etwas vergrössert. Milz sehr gross, von nicht auffälligem Aussehen. — Die mikroscopische Untersuchung zeigt in der Leber allgemeine Wucherung des interstitiellen Bindegewebes, ganz wie v. Bärensprung es beschrieben und abgebildet hat.

2. Ein uneheliches Kind war gleich nach der Geburt an Ausschlag erkrankt, aber erst im Alter von 5 Wochen auf wiederholtes Andrängen der Umgebung in die medicinische Poliklinik gebracht worden. Daselbst hatte man Syphilis hereditaria constatirt und Sublimatbäder verordnet. Scheinbar gesund wurde das Kind im Alter von 7 Monaten einer Frau zum Säugen übergeben, die eben ein gleich altes eigenes Kind von der Brust abgesetzt hatte. Diese Frau, die wie ihre ganze Familie bisher gesund gewesen war, will bald nach der Uebernahme (Neujahr 1874) wunde Stellen an der Innenfläche der Schenkel des Kindes bemerkt haben. Mitte März 1874 bildete sich eine Schrunde an der linken Brustwarze, die sich bald vergrösserte, verhärtete und von einem Collegen anfangs local, bald aber innerlich mit Jodkalium behandelt wurde. Als nun weitere Krankheitszeichen auftraten, wandte sich die Kranke am 12. Mai an den Verf., welcher eine flache, narbig überkleidete Induration um die untere Hälfte der linken Brustwarze, multiple indolente Drüseninfiltration, verbreitetes maculopapulöses Syphilid, feuchte Papeln am After, in Mund- und Rachenhöhle constatirte. — Durch eine Inunc-

tionskur schwanden die Symptome, um mehrmals leicht zu recidiviren. Trotz vielfach empfohlener und wohl auch angewandter Vorsicht erkrankten später das jüngste Kind und der Ehemann unter den gewöhnlichen, von Anfang an zu verfolgenden Symptomen der acquirirten Lues.

Verf. beabsichtigte nun die Frage auf experimentellem Wege zu studiren und suchte zu dem Ende jene Zwillingskinder auf (siehe diese Viertelj. 1875, pag. 386), von denen das Mädchen 14 Tage nach der Geburt ein entwickeltes Syphilid gezeigt hatte, der Knabe erst viele Monate später. An beiden lieferten Einimpfungen mit dem Secret ulcerirender Papeln, die durch acquirirte Syphilis entstanden waren, negatives Resultat. Aber an demselben Orte fand Verf. ein Experiment gemacht, dessen positives Resultat ihn aller weiteren Versuche überhob. Eine kräftig gebaute, blass aussehende Arbeiterfrau von 21 Jahren, die mit Mann und Kind in derselben Stube wohnte, consultirte ihn wegen einer Wunde an der rechten Mammilla. Vor 3 Monaten zum ersten Male entbunden, fühlte sie seit 6 Wochen die Brust durchgesogen und seit 3 Wochen die Wunde sich vergrössern. Diese Wunde, halbmondförmig um den unteren Warzenrand gelegen — mit dem Querdurchmesser von etwa 2·5 Ctm. und nur 0·5 Ctm. Höhe — auf wallnussgrosser, elastisch fester Induration aufsitzend, wenig Eiter absondernd, wie glasirt aussehend, bot durchaus das Bild einer syphilitischen Induration. Dazu fanden sich in der rechten Achselhöhle viele indolent geschwollene Drüsen, am übrigen Körper Haut, Schleimhäute, Drüsen durchweg normal. Die Frau klagte über Schwäche in den Gliedern, Appetitmangel, öftere Fieberbewegungen, zumal des Abends. Früher immer ganz gesund — wie Ehemann und Kind bis heute — hatte sie an der rechten Brust, die ihr Kind nie ganz auszutrinken vermochte, das schwächliche Mädchen U. öfter angelegt, das um diese Zeit an Plaques der Lippen gelitten und von einem den Verf. vertretenden Collegen Calomel erhalten hatte. Verf. hat nur hinzuzufügen, dass der Verlauf ganz seiner Erwartung entsprach. Unter Zinksalbe heilte die Erosion bald, die Induration ging zurück, und ist Mitte Mai, 10—13 Wochen nach der wahrscheinlichen Infection kaum noch fühlbar. Dagegen traten bald multiple Drüseninfectionen auf, und nun ist ein reichliches papulo-squamöses Syphilid über einen grossen Theil der Körperoberfläche verbreitet. Das Kind, dem bald

nach dem Wundwerden der rechten Brustwarze nur die linke gegeben wurde, ist bis heute gesund.

Verf. glaubt in dem geschilderten Krankheitsfall mit voller Sicherheit constatirt zu haben, dass zur Zeit der ersten Untersuchung bei mehrwöchentlichem Bestande der Wunde an der Brustwarze ausser den Achseldrüsen kein anderes örtliches Krankheitszeichen, keine Eingangsstelle syphilitischen Giftes zu finden war; dass die Warzenaffection durchaus das Aussehen einer geschwürigen Induration oder eines harten Schankers darbot; dass die sogenannten Secundärsymptome sich 10—13 Wochen nach dem Auftreten der Wunde einstellten und sieht keine Möglichkeit, den von ihm angenommenen Infectionsvorgang anzuzweifeln; denn dass die Brustwarze durch anderweitige Berührungen und nicht durch das hereditär syphilitische Kind inficirt worden sei, würde nach Lage der Dinge wohl nicht ernsthaft behauptet werden.

Verf. steht danach nicht an, die Contagiosität der hereditären Syphilis auch in dieser Richtung für erwiesen, und die entgegenstehende Ansicht Günzburg's für irrig und damit gefährlich zu halten.

Laroyenne macht darauf aufmerksam, (**31**) dass öfter die gesunden Frauen von Männern die früher an Syphilis gelitten hatten, unfruchtbar bleiben und schildert 4 Fälle aus seiner Erfahrung. (Das Factum ist schon öfter angeführt worden; aber da es andererseits feststeht, dass solche Frauen oft genug schwanger werden, so hätten die Fälle des Verf. nur dann einen Werth, wenn über die Beschaffenheit der samenbereitenden Organe genaue Befunde vorgelegt worden wären. Dieser Mangel wurde auch in der Discussion hervorgehoben. Ref.)

Weber berichtet (**32**) über die Erfolge der antisyph. Behandlung bei 129 schwangeren Weibern im Laufe von 10 Jahren im Petersburger Obuchowski-Spitale. Er gibt an, dass in 20% der Fälle Abortus eintrat, wobei freilich 6 Fälle mit fieberhaften intercurrenten Krankheiten mitgerechnet sind. Wurde durch die Behandlung der Verdauungskanal afficirt, so trat sehr vorzeitiges Ende der Schwangerschaft ein. Bei einfacher localer Behandlung kam in 20% Abortus vor (3 Fälle von complicirenden Krankheiten eingerechnet). Inunctionen erwiesen sich als die unschädlichste Methode.

Beim Gebrauche von Jodkalium gleichzeitig mit oder nach Einreibungen waren Frühgeburten häufiger, ebenso bei innerlichem Gebrauch von Jodkalium oder Sublimat allein, entsprechend dem Einflusse dieser Mittel auf Magen und Darm. Der Zeitpunkt, wann die Behandlung begonnen wurde, schien keinen Einfluss auf die Frühgeburt zu haben, wohl aber das Stadium der Syphilis. Bei verschiedener Behandlung zeigten sich verschiedene Verhältnisszahlen (die wir anzuführen unterlassen Ref.) des abnormen Puerperalverlaufes. (Solche Statistiken lassen nicht die geringsten Schlüsse zu und sind wissenschaftlich geradezu irreführend. Ref.)

Bei syphilitischen Plaques empfiehlt Chéron (**33**) Aetzungen mit Lapis im Stift oder concentrirter Lösung, oder noch besser mit Hydr. nitric. oxyd. Am schnellsten zum Ziel führt ihn eine Aetzung mit Lapislösung, nach Corradi, (10:100), während zugleich die Stelle mit metallischem Zink berührt wird. Es soll hierbei ein leicht nachweisbarer elektrischer Strom entstehen und die Reduction des Silberoxydes rapid von Statten gehen. (Auflegen von Mercurialpflaster genügt auch vollkommen. Ref.)

Drysdale, ein bekannter Antimercurialist, hat in jüngster Zeit seine Ansichten geändert und spricht sich (**34**) für die Mercurialbehandlung im zweiten Stadium der Syphilis aus, indem er bekennt, tertiäre Formen bei Individuen beobachtet zu haben, welche nie mit Mercur behandelt worden waren.



Wilhelm Boeck †.

Wir glauben den Manen Boeck's den Zoll des Gedächtnisses und der Verehrung am besten zu entrichten, indem wir eine ausführliche, aus competenter und nahebetheiligter Feder stammende Lebensskizze des Dahingeschiedenen hier folgen lassen. (Die Red.)

Carl Wilhelm Boeck wurde am 15. December 1808 in der Bergstadt Kongsberg im südlichen Norwegen geboren. Schon als Jüngling mit Naturstudien eifrig beschäftigt, warf er sich namentlich auf die Botanik und bekam, als er im Jahre 1827 Student geworden, ein öffentliches Stipendium, um die Flora in einigen Gegenden Norwegens zu untersuchen. Er vergass nie diess Lieblingsstudium und beschäftigte sich auch in den späteren Jahren sehr gern damit, wenn ihm die nöthige Zeit dazu gegönnt war. Als eigentliches Fachstudium wählte er jedoch die Medicin. In nur drei Jahren machte er die medicinischen Examina durch und unternahm unmittelbar nachher in den Jahren 1831 und 1832 eine längere wissenschaftliche Reise durch Schweden, Dänemark und Deutschland. Von dieser Reise zurückgekehrt, wurde er sofort bei einer in der vier Meilen von Christiania gelegenen Stadt, Dremmen, entstandenen Epidemie von Cholera asiatica in Anspruch genommen und bald nachher nach seinem Geburtsort Kongsberg als Bergmedicus berufen. In Kongsberg lebte er jetzt 13 mühevolle Jahre, von 1833 bis 1846. Er war nämlich damals in diesen Gegenden der einzige mit den neueren Errungenschaften der medicinischen Wissenschaft bekannte Arzt, und er besass das unbegrenzte Zutrauen der Einwohner dieser bergigen Gegenden, in welchen er sehr oft ein halbes Dutzend oder ein Dutzend Meilen zu Fuss und zu Pferd (denn mit den Fahrgelegenheiten war es damals sehr schlecht bestellt) zurücklegen musste, um seine Patienten zu besuchen. Uebermässige Ansprüche wurden somit von allen Seiten an seine Kräfte gestellt, und nur eine eiserne

Ruhe und ein stählerner Wille konnte, wie es an seinem Sarg gesagt worden, solche Anstrengungen ertragen, und dennoch war es unter diesen Verhältnissen, dass er durch seine ersten literarischen Arbeiten die Aufmerksamkeit seiner Collegen und der gelehrten Welt auf sich lenkte. Diese Arbeiten behandelten hauptsächlich dermatologische Gegenstände und chirurgische und geburtshilfliche Operationen, von denen er in dieser Zeit eine grosse Menge ausführte. Während seines Aufenthaltes in Kongsberg erhielt er ein Reisestipendium, um die chronischen Hautkrankheiten und namentlich die Spedalskhed zu studiren. Vom Monat Juni 1840 bis Juli 1841 besuchte er zu diesem Zwecke die Westküste Norwegens, England, Frankreich, Italien und Griechenland und kehrte über Triest, Wien und Hamburg zurück. Im Jahre 1842 publicirte er seine Schrift: „Om den spedalske Sygdom, Elephantiasis Graecorum", s. unten. Für das Jahr 1845 wurde er zum Mitgliede der Nationalversammlung erwählt und das folgende Jahr an die Universität berufen als Professor der operativen Chirurgie, der Hautkrankheiten und Syphilis. Schon ehe er die kleine Provinzstadt verliess, hatte er auch die mühevolle Ausarbeitung des historischen Theiles seines im Jahre 1847 zusammen mit Dr. Danielssen herausgegebenen Werkes: „Om Spedalskhed" angefangen; eines Werkes, welches seinen und Danielssen's Namen für alle Zukunft unter die der hervorragendsten medicinischen Schriftsteller einreiht.

Als Professor der genannten Disciplinen wirkte er von 1846 bis 1869, wo er seinen Abschied verlangte, um jüngeren Kräften Platz zu machen. Von 1846 bis 1848 fungirte er ausserdem als Consulent der Regierung in Medicinalangelegenheiten und von 1847 bis 1848 als Mitglied einer Cholera-Centralcommission. Mit Rücksicht auf die Verbreitungsweise der Cholera stand er im Jahre 1852 einzig und allein, von allen seinen Collegen belächelt, als Contagionist da und hat wohl später genügend Revanche erhalten. Obschon Professor, hatte er doch keine Hospitals-Abtheilung in den ersten Jahren seiner Professur. Eine chirurgische Abtheilung bekam er nie und erst 1850 eine kleine dermatologische Klinik, die nach und nach erweitert wurde. Hier begann er im Jahre 1852 die Behandlung der Syphilis mit Syphilisation, für die er sein ganzes späters Leben hindurch in Lehre und Schrift mit glühendem Eifer eingetreten ist. Von seinen zahlreichen Schriften aus dieser Periode muss namentlich sein grosses, statistisches, auf Kosten der norwegischen Regierung herausgegebenes,

im Jahre 1862 erschienenes Werk „Recherches sur la Syphilis“ mit der im Jahre 1875 erschienenen Fortsetzung desselben: „Undersägelse angaaende Syphilis“ hervorgehoben werden. Dieses an beispiellosem Fleisse seines Gleichen suchende Werk umfasst alle in den Hospitälern Christianias behandelten Fälle von Syphilis vom Jahre 1826 bis 1870 incl. und beim Ausarbeiten desselben hat er eine Gelegenheit gehabt, wie vielleicht sonst Niemand, die Lebensgeschichte und das spätere Schicksal der Kranken weiter zu verfolgen.

In dieser Periode seines Lebens, als er als Professor an der Universität und als Verfasser so eifrig beschäftigt war, hatte er zu gleicher Zeit auch eine sehr ausgedehnte Privatpraxis. Die Patienten suchten ihn aus den entferntesten Gegenden seines eigenen Vaterlandes und auch vom Auslande, namentlich von England, kamen Patienten hergereist, um seine Hilfe zu suchen. Gleichzeitig fungirte er durch 7 Jahre, 1854—1861, als Primararzt am Communal-Krankenhaus Christianias und war durch lange Zeit Mitredacteur des „Norsk Magazin for Laegevidenskaben“.

Ausser den schon oben genannten wissenschaftlichen Reisen besuchte er in den Jahren 1849, 1851, 1854 und 1856 für kürzere Zeit Deutschland, Frankreich und England, und im Sommer 1865 England und Irland. Im Herbst 1865 wurde er nach London berufen, um die Behandlung Syphilitischer mit Syphilisation im Lock-Hospital anzufangen und blieb in London vom Monat September bis December desselben Jahres.

Als er 1869 seinen Abschied als Professor erlangt hatte, besuchte er die Vereinigten Staaten Nordamericas, wo er 10 Monate verweilte. Auch hier war er in mancherlei Weise thätig. Er war mit Untersuchungen über die Spedalskhed unter den emigrirten Norwegern in Amerika beschäftigt, hielt Vorträge, nahm an Discussionen Theil und sammelte endlich mit eigener Hand ein umfangreiches Herbarium, das bei seiner Heimkehr den Universitätssammlungen überliefert wurde.

Von Amerika zurückgekommen, wurde er wieder von der Universität in Anspruch genommen. Man bewegte ihn abermals, die Hospitalsabtheilung und Universitätsklinik der Dermatologie und Syphilis zu übernehmen und den Katheder wieder zu besteigen und er fuhr fort, bis in die letzten Monate seines Lebens mit gewohntem Eifer den Unterricht der Studirenden zu leiten. In den letzten

vier Jahren nahm er unter anderen zahlreiche neue, experimentelle Impfversuche vor, die in seinen neuerdings erschienenen „Erfahrungen über Syphilis" veröffentlicht sind. — Zuletzt waren doch seine Kräfte erschöpft und er starb in Folge der stetigen übermässigen Anstrengungen an einer stets zunehmenden Anämie am 10. December 1875, 67 Jahre alt.

Boeck stand mit sehr vielen Männern der Wissenschaft in Verbindung und war Mitglied vieler gelehrten Gesellschaften, z. B. der Leopoldo-Carolin. deutschen Akademie der Naturforscher in Dresden, der Gesellschaft für wissenschaftliche Medicin in Berlin, der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, der phys.-medicinischen Gesellschaft in Bonn, der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur in Breslau, der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft in Zürich, des Vereines praktischer Aerzte in Prag, der Société anatomique, Société médicale du Panthéon, Société de Chirurgie in Paris, Medical society in London, Lyceum of natural history in New-York, American philosophical Society in Philadelphia, College of physicians in Philadelphia, Academy of Natural sciences in Philadelphia, Dermatological society in New-York. Ausserdem war er auch Mitglied mehrerer scandinavischer Gesellschaften.

Im Jahre 1855 wurde von Rayer das Werk „Traité de la Spedalskhed" von Danielssen und Boeck, ohne dass die Verfasser etwas davon wussten, der französischen Akademie vorgelegt und mit dem „Prix Monthyon" (2000 Francs) belohnt, welche Summe von Danielssen und Boeck der norwegischen Universität übergeben wurde, um später als Preis für dermatologische Abhandlungen verwendet zu werden. — Als der Pariser Arzt Auzias-Turenne, der Erfinder der Syphilisation, im Jahre 1869 starb, hinterliess er seine sehr grosse Privatbibliothek, die sehr interessante antiquarische Sachen, namentlich in der Dermatologie und Syphilidologie, enthält, an die norwegische Universität, wo diese werthvolle Büchersammlung sich jetzt befindet.

Wir schliessen an diese Lebensskizze Boecks ein Verzeichniss seiner literarischen Arbeiten:

a) Selbstständige Werke:

„Om den spedalske Sygdom, Elephantiasis Graecorum" Christiania 1842. 8. 162 P. Angez. von Prof. Fuchs in Haeser's Archiv, 1843, 268—276.

„Om Spedalskhed“ af D. C. Danielssen ag C. W. Boeck. Christiana 1847. 8. 516 P., mit Atlas Fol. 24 lith. ag illustr. Planchen. Französische Originalausgabe desselben Werkes:

„Traité de la Spédalskhed on Elephantiasis des Grecs“ par D. et B. Paris 1848. 535 pp.

„Syphilisations-Forsög“ Christiania 1853. 8. 48 P.

„Syphilisationen studeret ved Sygesengen.“ Universitätsprogramm. Christiania 1854. 8. 211 P. mit 8 Zeichnungen.

„Samling of Jagttagelser om Hudens Sygdomme“, auch mit französischem Text. „Recueil d'observations sur les maladies de de la peau,“ Ière — IIIme Livr. Christiania 1855—1862. Gross Fol. mit lith. und colorirten Tafeln.

„Die Syphilisation bei Kindern“ Christiania 1856. 8. 54 P., ins Französische übersetzt: „De la syphilisation appliquée aux enfants“ Paris 1857.

„Syphilisationen som Cuurmethode“ Christiania 1857. 8. 142 P., ins Deutsche übersetzt von Dr. Horning in Lübeck.

„De la syphilisation“. Etat actuel et statistique. Christiania 1860. 8. 72 pp.

„Traité de la Radesyge“ (Syphilis tertiaire). Christiania 1860. 4. 51 pp.

„Recherches sur la syphilis“. Appuyées de tableaux de statistique, tirés des archives des hôpiteaux de Christiania. — Christiania 1862. 4. 509 pp.

„Undersägelser angaaende Syphilis“. Christiania 1875. 4. 291 P.

„Erfaringer om Syphilis“. Christiania 1875. 8. 225 P. In deutscher Ausgabe:

„Erfahrungen über Syphilis“. Stuttgart. 1875. 8. 282 P.

b) Aus den zahlreichen Publicationen in Zeitschriften und Journalen heben wir nur folgende hervor:

Ueber Placenta retenta. — Ueber Degeneration eines Ovariums. — Ueber Partus praematurus artif. Ecyr und Norsk Mag. f. Laegevid. Bd. I. bis III.

Ueber Jodinjectionen bei Peritonealkrankheiten. — Klinik der Hautkrankheiten und Syphilis (Angez. in Schmidt's Jahrb. 88 B. von Busch).

Ueber Behandlung von Aneurysma mit Compression. — Ueber die Contagiosität secundärer Syphilis. — Ueber Herniotomie. — Ueber

Fistula vesico-vaginalis. — Ueber Verbreitungsart der Cholera. — Norsk Magaz. f. Laegevid. Bd. IV bis VIII.

Ueber Spedalskhed in den vereinigten Staaten von Nordamerica. Nord. med. Arkiv, Bd. III.

Ueber Elephantiasis Ar. — Ueber Ichthyosis. — Ueber Mangel der Iris (übersetzt in Zeitschr. d. Ges. d. Aerzte in Wien 1855).

Ueber Tenotomie. — Ueber Blepharoplastik. — Ueber Melanosis cutanea. — Ueber Decoloration der Haut. — Beitrag zur Lehre von Spedalskhed. — Ueber Teleangiectasie. — Ueber Rhenoplastik. — In Ugeskrift for Medicin ag Pharmacie. Bd. I, II, III.

Ueber syphilitische Infectionsweisen und die Inoculabilität des syph. Virus.

Ueber die Eigenschaften des syphil. Virus (von Boeck und Scheel). — Dieses Archiv 1869 und 1872.

Ferner verschiedene Vorlesungen und Aufsätze in: Sammlungen scandinavischer Naturforscher.

Annales des maladies de la peau et de la syphilis par A. Cazenave et M. Chausit. IV.

Revue médico-chirurgicale de Paris, 1854.

Gazetta medica Italiana, 1856.

Gazette des hôpitaux, 1861.

Medical Times and Gazette 1865.

British med. Journal, 1865.

The Lancet, 1865.

American Journ. of Syphiliography and Dermatology, 1870.

Bibliographie des Jahres 1875.

III. Verzeichniss.

(Fortsetzung von Jahrg. 1875 pag. 575 ff.)

Dermatologie und Vaccine.

Bay, N. H., Fälle von Gesichtsrose behandelt mit Aether-douche. Hosp.-Tidende 2. R. II. 27.

Béhier, Ueber durch gewerbliche Beschäftigung bedingtes Ekzem. Gaz. des Hôp. 63.

Boeckel, Ueber subcutane Injection mit Carbolsäure gegen Erisypelas. (Gaz. méd. de Strasb. 5.) Aerztl. Mittheil. aus Baden XXIX. 12.

Borius, Fall von rheumatischer Purpura erythematoser Form. Gaz. des Hôp. 76, 82.

Brakenbridge, David J., Ueber Verhütung und Behandlung des Scharlachs und anderer Infectionskrankheiten durch innerlichen Gebrauch von Desinfectionsmitteln. Med. Times and Gaz. July 24.

Bramwell, J. P., Ueber Behandlung der Anasarka bei Scharlach. Edinb. med. Journ. XXI. p. 36. (Nr. 241.) July.

Brandt, Fall von acutem Ekzem in mehreren einander folgenden Schwangerschaften. Petersb. med. Ztschr. V. 1, p. 78.

v. Bulmerincq, Ueber Zwangsrevaccination. Jahresber. der Ges. für Natur- und Heilk. zu Dresden 1874/75. p. 76.

Chadwick, James R., Polypoide Elephantiasis der rechten Schamlippe. Amer. Journ. of Obstetr. VIII. 2, p. 309, 311, Aug.

Chvostek, Fr., Ueber vasomotorische und trophische Neurosen, Blasenbildung an der Haut (Pemphigus). Wien. med. Wochenschr. XXV. 32—34.

Colin, Léon, Ueber Isolirung der Variolakranken. L'Union 97.

Domenichetti, Rich., Ueber die Aetiologie des Typhus und des Scharlachs. Publ. Health. III. 26. July.

Duhring, Louis A., Fall von Acne rosacea. Philad. med. and surg. Reporter XXXIII. 7. p. 128. Aug.

Eddison, John Edwin, Ueber Behandlung des Scharlachfiebers mittelst äusserlicher Anwendung von kaltem Wasser. Lancet II. 10; September.

Fox, Henry, Ueber Pityriasis rubra. Arch. of Dermatol. I. 4. p. 296. July.

Gairdner, Fall von Pityriasis rubra acuta. Glasgow, med. Journ. VII. 3. p. 407. July.

Gruber, Josef, Die Bläschenflechte am Ohre. Monatschr. für Ohrenheilk. IX. 6.

Guibout, E., Ueber Classification der Hautkrankheiten nach ihrem anatomischen Charakter. Gaz. des Hôp. 66. 67. 72.

Guibout, E., Ueber Ekzem. Gaz. des Hôp. 94.

Guibout, Ueber Hautaffectionen bei Scrofulose und ihre Classification. L'Union. 104.

Hayden, Thomas, Scharlachepidemie im Mater misericordiae-Hospital zu Dublin. Dubl. Journ. LIX. p. 520. (3. S. Nr. 42.) June.

Hebra, Hans, Fall von Elephantiasis Graecorum (Lepra). Wien. med. Presse XVI. 33.

Hunt, Ezra M., Ueber Scharlachfieber. New-York med. Record X. 25. June.

Jewett, Theodore H., Erfolgreiche Behandlung von bösartigem diphtheritischem Scharlach. Philad. med. and surg. Reporter XXXIII. 5. p. 88. July.

Jones, C. Handfield, Heftige Roseola rheumatica. Med. Times. Sept. 4.

Illowy, H., Ueber Gehirnaffectionen bei Pocken. The Clinic IX. 7; Aug.

Jones, H. Macnaughton, und Ringrose Atkins. Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung in einem Falle von angeborner Alopecie. Dubl. Journ. LX. p. 200. (3. S. Nr. 45.) Sept.

Kaposi, M., Zweites und drittes Recidiv (3. und 4. Ausbruch) von Herpes zoster brachialis gangraenosus dexter. Wien. med. Wochenschr. XXV. 22. 33.

Kersch, S., Scarlatina mit Diphtheritis der Mund- und Rachenhöhle, Caries necrotica des Zahnfortsatzantheiles des Unterkiefers, Abstossung des vordern Theiles desselben sammt den Zähnen, Nephritis, Heilung. Memorabilien XX. 5. p. 193.

Königsfeld, Die Pockenepidemie zu Düren. Corr.-Blatt des niederrheinischen Vereines für öffentliche Gesundheitspflege. IV. 4—6. p. 44.

Langenbeck, Bernh. v., Ueber das Auftreten von Carcinomen auf lupösen Hautnarben. Berl. klin. Wochenschr. XII. 24.

Langhans, Th., Zur Casuistik der Rückenmarkaffectionen (Tetanie und Lepra anaesthetica). Virch. Arch. LXIV. 2. p. 169.

Laycock, T., Fall von Lepra tuberculosa. Edinb. med. Journ. XXI. p. 205. (Nr. 243.) Sept.

Lethule, Psoriasis guttata, geheilt durch Anwendung eines impermeablen Gewebes. Presse méd. XXVII. 39. p. 307.

Lewin, Ueber Sycosis parasitaria. Berl. klin. Wochenschr. XII. 29. p. 408.

Lewinski, Fall von Morbilli. (Aus der Poliklinik des Prof. Mayer.) Berl. klin. Wochenschr. XII. 36.

Lewis, F. B. A., Variola, durch Lumpen übertragen. Boston med. and surg. Journ. XCII. 22. p. 647. June 3.

Lupus, Beziehungen zum Carcinom. Discussion. (Berl. med. Gesellschaft). Berl. klin. Wochenschr. XII. 24. p. 377. 28. p. 394.

Macrae, W., Ueber die Unterscheidung des Gefühls, des Schmerzes und der Hitze in den sensitiven Nerven bei Lepra. Med. Times and Gaz. July 31.

Martin, A., Fall von Erythema und Herpes iris bei einer 30jährigen Primipara. Berl. klin. Wochenschr. XII. 31. p. 434.

Milroy, Gavin, Ueber Contagiosität der Leprose. Med. Times and Gaz. June 19., July 17.

Neill, John, Fall von Elephantiasis Arabum. Amer. Journ. N. S. CXXXIX. p. 114. 277. July.

Octerlony, John A., Fall von Molluscum simplex. Arch. of Dermatol. I. 4. p. 300. July.

Oewre, Fall von Acne frontalis. Norsk. Mag. 3. R. V. 6. Gesellschafts-Verhandlung p. 95.

Paget, James, Ueber gichtische Affectionen der Haut, des Verdauungs- und Gefässsystems und über chirurgische Behandlung der Gicht. Brit. med. J. Juny 5.

Parrot, Blasenekchymosen bei Oedem Neugeborner. Bull. de la Soc. anat. 3. S. X. 1. p. 98. 99. Janv. — Févr.

Petters, Wilh., Ueber eine Variola-Epidemie. Böhm. Corr.-Blatt. III. p. 219. (Nr. 28.) Juli.

Pocken in Athenry im Jahre 1875. Sanitary Record II. 54; July.

Purdon, C. D., Ueber 2 Pockenepidemien. Dubl. Journ. LIX. p. 558. (3. S. Nr. 42.) June.

Rauchfuss, Statistische Tabelle über die 1872—1873 im Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg behandelten Pockenkranken. Petersb. med. Zeitschr. V. 1. p. 53.

Reynand, Noël, Ueber Kropf und Exophthalmus in seinen Beziehungen zu Vitiligo. Arch. gén. 6. Ser. XXV. p. 679. Juni.

Riemer, B., Fall von Argyrie. Archiv der Heilkunde. XVI. 5 und 6. p. 385.

Schmidt, Wolfgang, Beobachtungen über die Blattern. Deutsch. Archiv für klin. Med. XVI. 1. p. 28.

Stansbury, John T., Ueber Behandlung der Psoriasis. Arch. of Dermatol. I. 4. p. 305. July.

Stowers, James H., Ueber Wesen und Behandlung der Alopecia areata (Area Celsi). Brit. med. Journ. August 21.

Tarchanoff, Ueber die Wirkung einiger erhitzter Flüssigkeiten auf die Haut. (Soc. de biol.) Gaz. de Paris 27. p. 334.

Torday, Franz, Ueber das Impferisypel. Pester med.-chir. Presse XI. 23. 24.

Vaccination, animale, Schutzkraft gegen die Pocken. (Bull. de la Soc. de méd. de Gand.) Journ. de Brux. LX. p. 540. Juin.

Vidal, E., Lepra nostras tuberculosa des Hôp. 87. — L'Union 87.

Vidal, Idiopath. Hautsarkome. Gaz. de Paris 33. p. 413.

Volkmann, Richard, Lupus und Tuberkulose. Berl. klin. Wochenschr. XII. 30.

Vroesom de Haan, J., Ueber die Wirksamkeit der Gesellschaft zur Beförderung der Pockenimpfung zu Rotterdam im Jahre 1874. Nederl. Weekbl. 25.

Weigert, Carl, Anatom. Beiträge zur Lehre von den Pocken II. Theil: Ueber pockenähnliche Gebilde in parenchymatösen Organen und deren Beziehung zu Bakteriencolonien. Breslau. Max Cohn und Weigert. 8. 46. S. 1 Mk. 80 Pf.

Wheeler, Fall von Elephantiasis Arabum. Dubl. Journ. LX. p. 82. (3. S. Nr. 43.) July.

White, James C., Fälle von Sklerodermie. Arch. of Dermatol. I. 4. p. 289. July.

Wiehen, Ungleichzeitige Entwicklung gleichzeitig geimpfter Kuhpocken. Virchow's Archiv LXIV. 2. p. 294.

Syphilis.

Ambrose, John, Ueber Verheimlichung der venerischen Krankheiten bei den Soldaten. Berl. med. Journ. July 24.

Auer, L., Syphilitisch oder Nichtsyphilitisch? Bayer. ärztl. Int.-Bl. XXII. 29.

Baumgarten, Paul, Zur Syphilis der Hirnarterien (nebst einer Bemerkung von O. Heubner). Arch. der Heilkunde. XVI. 5 und 6. p. 452. 538.

Bramwell, Byron, Linksseitige Hemiplegie, Neuritis optici, syphilitische Geschwulst der Dura. Lancet II, 18. Sept. p. 346.

Cheron, Jules, Ueber die Behandlung der hypertrophisch-papulösen Syphilide durch Kauterisation mit Argent. nitr. und metallischem Zink und über die Wirkungsweise solcher Kauterisationen. Gaz. de Paris. 31.

Cuffer, Syphilis der Eingeweide. Bull. de la Soc. anatom. 3. S. X. 1. p. 78. Janv. — Févr.

Foster, Fall von syphilitischer Erkrankung des Nervensystems. Lancet II. 4; July p. 129.

Fourestié, H., Ueber eine Form des Tripperrheumatismus. Gaz. de Paris 27. 28. 32. 33.

Horteloup, Ueber Behandlung der Syphilis mit Quecksilberräucherungen. Gaz. des Hôp. 89. 91. 92. p. 709. 726. 734.

Jackson, J. Hughlings, Ueber syphilitische Affectionen des Nervensystems. Journ. of mental Sc. XXI. p. 207. (N. S. Nr. 58.) July.

Kahler, O., Untersuchung der Milch von Frauen während der Inunctionscur. Prager Vierteljahresschr. Band 137. (32. 3.) p. 39.

Kunze, C. F., Syphilidologische Beiträge. Deutsche Zeitschr. für praktische Med. 34.

Lagneau, Gustave, Uebertragung der Syphilis von einem Säuglinge auf seine Amme. Ann. d'Hyg. 2. S. XLIV. p. 161. Juillet.

Lee, Henry, Ueber Syphilis und einige Localaffectionen der Zeugungsorgane. Lancet I. 23. 24; June. II. 4. 5. 7. 8; July, August. — Brit. med. Journ. June 5. 12. 24.

Lewtas, John, Fall von progressiver Paralyse der Gehirnnerven in Folge von Syphilis. Med. Times and Gaz. July 3.

Lorrain, Ueber Tripperrheumatismus. Gaz. des Hôp. 89.

Mauriac, Ueber Abnahme der venerischen Krankheiten in Paris seit dem Kriege 1870/71. Gaz. des Hôp. 87. 88. 93. 96. 99. 102. 103.

Olioli, Antonio, Ueber Anwendung des Quecksilberprotojoduret bei Behandlung der Syphilis. Ann. univers. Vol. 232. p. 418. Giugno.

Pagello, Pietro, Syphilitisches Epitheliom der Zunge, geheilt durch hypodermatische Calomelinjectionen. Gaz. Lomb. 7. S. II. 25.

Parrot, Ueber Knochensyphilis bei Neugebornen. Bull. de la Soc. anat. 3. S. X. 1. p. 156. Janv.—Févr.

Pierantoni, Giovanni, Ueber Gehirnsyphilis. Il Raccoglitore med. XXXVIII. 18. p. 561. Giugno.

Quinquaud, Ueber rheumatoide Erscheinungen bei Tripper. Gaz. des Hôp. 92. 95. 96. 98. 99.

Quist, C., Ueber das erste Auftreten der Syphilis im 15. Jahrhundert. Virchow's Arch. LXIV. 3. p. 307.

Schuster, Die Epitheltrübungen der Mundschleimhaut bei Syphilitischen. Archiv der Heilkunde. XVI. 5 und 6. p. 433.

Sperk, Ueber statistische Verhältnisse in Bezug auf körperliche Zustände der Prostituirten. Petersb. med. Zeitschr. V. 1. p. 64. und Ann. d'Hyg. 2. S. XLIV. p. 42. Juillet.

Thiry, Ueber die verschiedenen Perioden der Syphilis. Presse méd. XXVII. 32.

Thiry, Ueber Anwendung des Quecksilbers bei Behandlung der Syphilis; mit Bezug auf die Lehren von Hermann in Wien. Presse méd. XXVII. 37.

Thompson, Henry, Syphilitische Erkrankung der Leber mit eigenthümlichen physikalischen Symptomen am Unterleib. Lancet II. 9; August.

Thomson, Fall von syphilitischer Knochenerkrankung. Dubl. Journ. LX. p. 259. (3. S. Nr. 45.) September.

Zeller, R., Notizen aus der syphilitischen Praxis: Behandlung des Trippers bei Männern und Weibern, der gonorrhoischen Augenentzündung, des Tripperrheumatismus. Memorabilien XX. 5. p. 212.

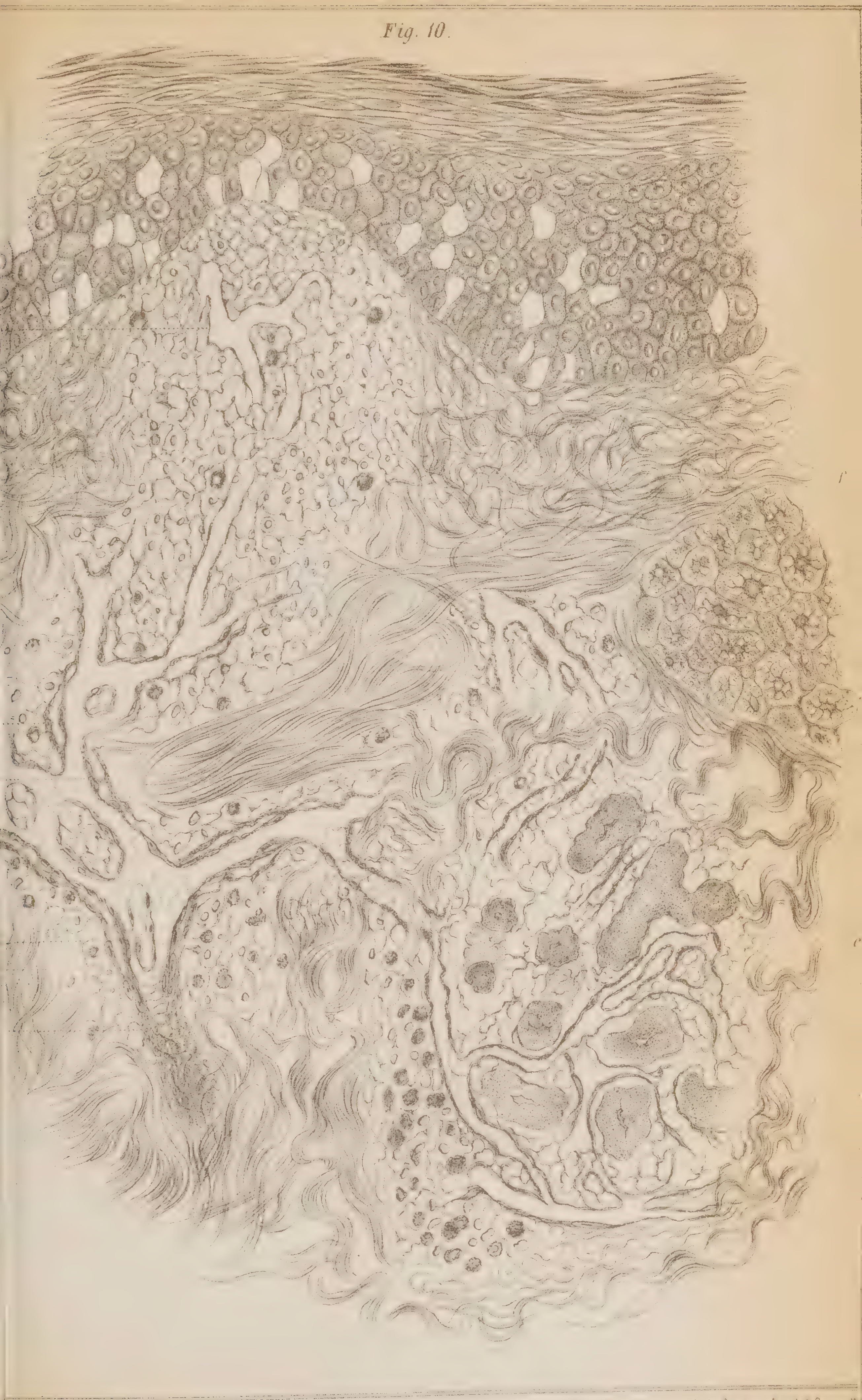


Geber. Lupus erythemat.

Lith. Anst. v. Appel & Comp. Wien.

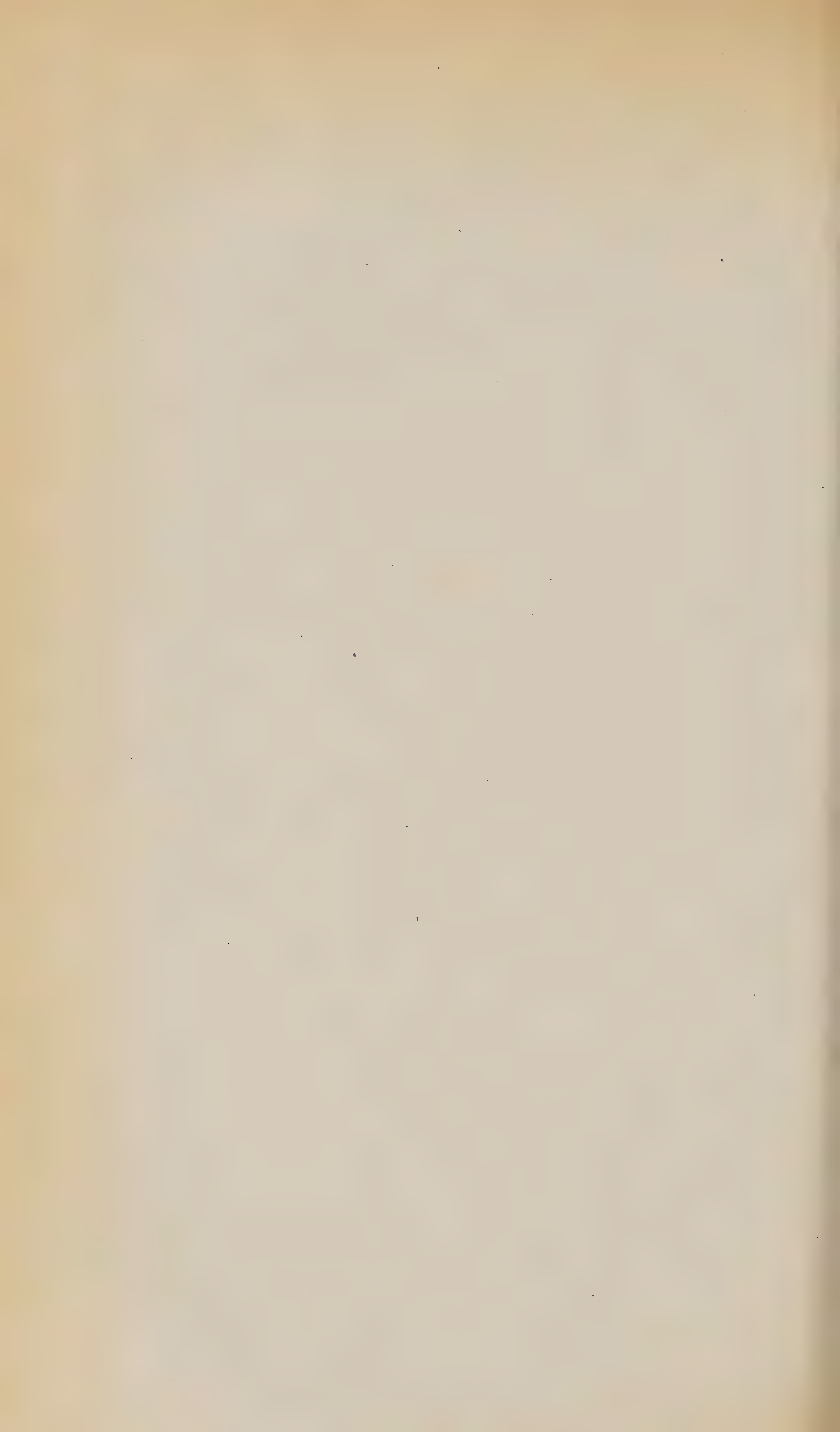


Fig. 10.



Lupus erythemat.

Lith. Anst. v. Appel & Comp. W



Originalabhandlungen.



Eine klinische Studie über das Pellagra.

Von

Dr. **Wilhelm Winternitz** in Wien.

Längerer und wiederholter Aufenthalt in dem eigentlichsten Pellagragebiete, die frappirende Beobachtung, dass diese Krankheit auch in den Krankenhäusern selbst ihre Endemie-Herde zu haben schien, indem dieselbe in dem einen Saale die herrschende Erkrankungsform bildete, während sie in dem benachbarten, aus demselben Territorium sich rekrutirenden ganz absent war, hatte schon längst meine Aufmerksamkeit erregt.

Die Unbestimmtheit, das Vage der diagnostischen Momente, die Eigenthümlichkeit des pathologischen Wesens, die Existenz einer Endemie von dieser Bedeutung und Ausbreitung [1]) in einem Nachbarlande, die geringe Würdigung derselben an unseren Schulen liess mich seit Jahren mit Eifer diese Frage verfolgen [2]).

Wenn ich heute auf diesen Gegenstand wieder zurückkomme, so geschieht es besonders aus dem Grunde, weil mich die Studien der neueren Werke und Schriften und wiederholter längerer Besuch des Endemie-Territoriums darin bestärken, mit Nachdruck meine schon einmal ausgesprochene Ansicht festzuhalten.

Auch für meine heutige Arbeit, die eine Umarbeitung und Vervollständigung meiner ersten ist, passt noch immer das jener vorgesetzte Motto: „Das Unwahre zu negiren, ist oft ein eben so grosses Verdienst, wie das Wahre zu finden.“ [3])

---

[1]) Vor wenigen Jahren zählte man nach Ballardini in der Lombardie allein 20.000 Pellagröser nach A. 40.000.

[2]) Wiener medic. Jahrb. 1862. Eine Studie über das Pellagra von Dr. W. Winternitz, k. k. Corvettenarzt.

[3]) Engel, Specielle path. Anat. S. 559.

Ein reiches Material, mich über diesen Gegenstand zu belehren, fand ich in der Bibliothek in Venedigs Dogenpalast, wo ich von den dortigen Herren Vorständen allen möglichen Vorschub erfuhr; während ich in dem lebendigen Buche der Natur, am Krankenbette, in der Irrenanstalt in St. Servolo und in verschiedenen Orten des lombardisch und venetianischen Festlandes, wo sich mir häufig genug Gelegenheit dazu darbot, die Richtigkeit des Gelesenen zu prüfen mich bemühte.

Ich will nun in Folgendem das aus der Literatur mir Bekannte, so wie das von mir Beobachtete zusammenstellen, wenn auch nicht in Einklang zu bringen versuchen, um so vielleicht dem Wesen dieser Endemie etwas näher zu treten.

Beginnen wir mit den verschiedenen Namen, mit denen die Krankheit von den Autoren bezeichnet wurde, und wir werden schon daraus einen Vorbegriff der schwierigen Präcisirung dieses Leidens erhalten.

Namen.

Das Pellagra — pellis agra — mit der „Pellarella“ und „Pellarina“ von Frapolli, Albera u. A.[1]) identificirt, wurde als „Risipola Lombarda“ von Dr. Nobile Santo beschrieben; als „Dermatagra“ von Titius bezeichtet, wird es auch „Male rosso“, „Mal della milza“, „Mal della spienza“ von Zecchinelli u. A. genannt. Unter den Namen „Mal della rosa“ finden wir es bei Thierry, als „Rosa delle Asturie“ bei Casal, als „Calore di fegato“, „Scottatura solare“, als „Insolato di primavera“ bei Frapolli, Albera, Triberti, Gherardini, Nardo u. A. „Mal della miseria“ nennt es Vaccari, „Colica di primavera“ Cerri. Als „Paralysis scorbutica“ findet man das Pellagra bei Aldalli, als „Scorbuto alpino“ bei Odoardi. Führen wir noch den von Baruffi vorgeschlagenen Namen „Georgopathia“ und den von Guerreschi zuerst gebrauchten „Raffania maisitica“ an, und die Proteus-Natur der zu beschreibenden Krankheit tritt uns schon hiemit entgegen.

---

[1]) Die hierauf bezüglichen Werke werden bei der Literatur des Pellagra angegeben.

Alter, Entstehung, Vorkommen, Aetiologie.

Auch über das Alter, die Entstehung und das Vorkommen der in Rede stehenden Endemie sind die verschiedenen Autoren von einander stricte entgegenlaufenden Ansichten.

Während die Einen die Krankheit für sehr alten Ursprunges halten, wie Frapolli, der sie, wie erwähnt, mit der schon 1575 bekannten Pellarella identificirt, und Albera, der sogar noch weiter geht, indem er das Pellagra, als von Insolation herrührend, für so alt hält, als das Menschengeschlecht unter der Sonne existirt, und den „Morbus ruber" der Alten, die „Ephelis" des Sennert und die „Sommersprossen" der Deutschen für Pellagra erklärt, so stimmt denn doch die überwiegende Majorität für den neueren Ursprung unserer Endemie.

Gherardini bemüht sich nachzuweisen, dass Pellarella syphilitischen Ursprunges gewesen, und eine von dem Pellagra ganz differente Krankheit sei. Strambio spricht gegen Insolation als der Ursache des Pellagra, und diesen schliessen sich Triberti, Zanetti, Marzari, Guerreschi u. v. A. an im Plaidoyer für den neuen Ursprung der Krankheit. Erst in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts finden wir in der Literatur unzweifelhaft das Pellagra erwähnt. Thierry's „Del mal della rosa delle Asturie", Recueil périod. d'observ. de médecine, de chirurg. et de Pharmacie, Paris 1755, und Casal's „Rosa delle Asturie", Historia natural y medica de el principiado de Asturias, Obra postuma, Madrid 1762, waren die Vorläufer der italienischen Arbeiten über das Pellagra. Frapolli's „Animadversiones in morbum vulgo pellagram", Mediolani 1771, und Odoardi's „Dissertat. d' una specie di scorbuto" recit. in Accad. Bellunens, 1766, brachen den übrigen Autoren die Bahn. Es häuften sich bald Monographien auf Monographien von immer mehreren und mehreren Districten des Lombardischen und Venetianischen, selbst aus dem Toskanischen, Modenesischen, aus Parma und Piemont liefen Berichte über das Vorkommen des Pellagra ein. Auch die Franzosen blieben nicht lange zurück, von Arcachon schickte 1818 Hameaux, von den Landes Marchand, aus der Haute-Garonne Cales, aus den Pyrenäen Roussel Rapporte über Beobachtung des Pellagra

ein. Selbst in der Walachei und in Polen wollte man es gesehen haben. Dass es nur an dem guten Willen der Aerzte gebräche, um das Leiden in noch weiterem Umkreise zu finden, zeigte Landouzy, der Pellagra sporadisch findet, Roussel, der uns ein Pseudo-Pellagra kennen lehrt, Careno, der Pellagra-Fälle aus Wien beschreibt [1]).

---

[1]) Es möge hier die mir bekannte Literatur des Pellagra Raum finden, um im Verlaufe bloss die Namen der Autoren nennen zu dürfen.

Frapolli, Animadversiones in morbum vulgo pellagram, Mediolani 1771.

Odoardi, D' una specie di scorbuto. Dissert. recit. in Accad. Bellunens 1776; siehe: „Nuova raccolta die opuscoli scelti sulle scienze e sulle arti" T. III. p. 217. Milano 1780.

Zanetti, Dissertat. de morbo vulgo pellagra. Nova acta accad. Norimberg 1778.

Gherardini, Descrizione della pellagra. Milano 1780.

Albera, Trattato teor. pratt. delle malattie del' insolato di primavera, detto „Pellagra", Varese 1781.

Strambio, Gaet. s., De pellagra observationes, in regio pellagr. nosocom, fact. 1784—1785.

Jansen, De pellagra morbo in Mediolan. ducatu endemico. Lugduni 1788.

Videmar, De quadem impetigin. specie, vulgo pellagra. Milano 1790.

Soler, Osservat. med. pratt. che formano la storia esatta d' una particol. malatt. Venezia 1791.

Bona (Paolo dalla), Discorso comparat. della pell., l'elephant. la Lepra degli Arabi, e lo scorbuto. Venezia 1791.

Titius, Orationes de pellagra, morbo inter Insubriae austr. agric. grassante, Milano 1792.

Fanzago, Paralleli tra la pellagra ed altre malattie. Padova 1792.

Villa, Su la pellagra, del argo Lodigiuno. Giornale med. physic. del prof. Brugnatelli, T. IV. 1793. Pavia.

Careno, Tentamen de morbo pellagra Vindobonae observat. 1794.

Frank S., Bemerkungen über die stärkende Kraft warmer Bäder im Pellagra. Salzb. med. chir. Zeitschr. T. II. p. 70. 1795.

Allioni, Raggionamento sopra la pellagra etc. Torino 1795.

Facheris, Memoria sulla pellagra. Tratt. delle malatt. popol. del departemento del serio. T. I. 1804.

Buniva, Della pellagra. Actes de l'académie des sciences de Turin. 1805.

Cerri, Giuseppe, De pellagra observ. in regg. pellagr. nosocom. fact. 1806.

Levacher de la Fentrie, Recherche sur la pellagre. Mémoires de la société méd. d'émulat. T. VI. 1806.

Griva, De pellagra dissertat. Taurini 1806.

Cerri Giuseppe, Trattato della pellagra. Milano 1807.

Schlegel, Briefe einiger Aerzte in Italien über das Pellagra. Material für die Staatsarzneiwissenschaft und prakt. Heilkunde. Jena 1807.

Bald waren auch die Gesetze der Ausbreitung der Krankheit gefunden. Von einem Mittelpunkte sollte das Pellagra in

---

Marzari G. B., Saggio sulla pellagra. Venezia 1810.
Chiarugi, Saggio di ricerche sulla pellagra. Firenze 1814.
Guerreschi, Osservaz. sulla pellagra. Atti della societ. med. chir. di Parma. V. XIV.
Farini, Osservaz. teoric. pratt. nella pellagra. Memor. della societ. med. chir. di Bologna. V. r. fasc. 2.
Tomasini, Relazione sulla pellagra. Gaz. di Parma 1814.
Marzari, Memoria sopra la pellagra. Venezia 1815.
Fanzago, Memoria sulla pellagra. Padova 1815.
Fanzago, Istruzione catechist. sulla pellagra. Venezia 1816.
Sartago, Sulla memoria sopra la Pellagra del Dr. Fanzago.
Ruggieri, Riflessioni sulla memoria del Prof. Marzari intorno alla pellagr. in Italia. Padova 1815.
Holland, On the pellagra, a disease prevailing in Lombardy. Med. chir. transact. London 1817.
Zecchinelli Giov. Mar., Rifflessioni sanit. polit. sullo stato attuale della pellagra in Belluno e Padova. Padova 1818.
Moris, Dissert. de pellagra, Annal. univ. di med. Dr. Omadei. 1819.
Strambio Gaet., Lettere sulla pellagra. Milan 1822.
Strambio Giov., Cagioni, natura e sede della pellagra. Milan 1824. Bibliotheca italiana v. 113—116—118.
Griva, Osservaz. teor. sulla pell. Torino 1824.
De Rollandis, Della pellagra, Repert. med. chir. di Torino. 1824.
Fontana, Nuove indagini sopra l' indole contagiosa della pell. Torino 1825.
Bisaglia, Osservaz. sulla pellagra. Padova 1830.
Liberali, Sulla condizione flogist. della mania pellagr. Milano 1831.
Nardo, Causa e cura della pellagra. Milano 1836.
Pezzoli, Saggio monografico della pellagra. Append. del nuovo sistema d' Iconosografia etc. Venezia 1836.
Nobili Santo, Pellagra, ossia Risipola Lombarda, Tratten. med. polit. collo specchio dei pellagrosi della provinc. di Como 1838—39. Milano 1841.
Alberico e Cesare Cerri, Rimedio della pellagra 1842.
Roussel, De la pellagre et de son origine. Paris 1843.
Rizzi M., Delle pellagr. delirant. Ann. univ. di med. 1844.
Triberti, Memor. della pellagra. Milano 1845.
Primo e secondo rapporto della Commissione permanente, con residenza in Milano, contin. gli studii sulla Pellagra. Ann. univ. di med. 1845—1846.
Rizzi M., Della pellagra consider. qual effetto precip. dell uso dell grano turco. Milan 1845.
Assandri, Gazzetta med. di Milano. 1845—46.

geographischer Continuität nach zwei Richtungen fortschreiten (Allioni). Andere (Mottini) bannten die Endemie zwischen den 43. und 46. Grad nördlicher Breite; noch Andere wollten es auf das Gebiet der Maiscultur, doch eben nur Südeuropa's,

---

Ballardini, Della pellagra, del grano turco, quale causa precipua di quella malatt. e dei mezzi per arrestarla. Ann. univ. di med. 1845.

Mottini, Memor. della pellagra e principalm. del opera del Dr. Roussel di Parigi. Milan 1846.

Bassi, Natura e cura della pellagra. Milano 1846.

Baruffi, Considerazioni sulla pellagra in Palesine e Padova. Padova 1847.

Vay, Nuovo saggio sulla pellagra.

Labus, La pellagra investigata sopra quasi due cento cadaveri di pellagrosi, allo scopo d' interpretarne la condizione patholog. l' indole e la natura. Milano 1847.

Lussana, Su la pellagra studi pratici. Gazzetta med. ital. Milano 1854.

Zambelli, Sulla pellagra, e sui mezzi di prevenirla. Udine 1856. Ferner siehe: Sammelwerke und nosogeograph. Werke: Dictionnaire des sciences médicales. Vol. 40. Annal. di med. Dr. Omadei T. 44—46—50—54—60—77.

Hirsch, Handb. d. hist. geogr. Path. 1. Bd. 2. Abth. IX. Abh. etc. etc.

Ivaldi, Domen. Ueber Pellagra zu Morsasco. Gaz. Lomb. 1857.

Faugère, Gustav. Un cas de pellagre. Journ. de Bordeaux 8. 1858.

Hiard, De la Pellagre. Gaz. des Hôpit. 1858.

Sorbets L. De la Pellagre. Gaz. des Hôpit. 1858.

Billod E., Pellagre chez les aliénes. Arch. génér. 1858.

Castoldi E., Rendiconto — hydrother. von Dr. Casati behandeltes Pellagra. Ann. univers. di Med. 1858.

Facen, De la Pellagra. Gazz. lombard. 42. 1859.

Calmarza J. B., Pellagra in Castilien ohne vorangegangenen Maisgenuss. Marti J. u. Perrote y Nunez. Pellagra in El Siglo méd. 1859.

Lussana, De la Pellagra. Ann. univ. 1860—1861.

Billod E., De la Pellagra en Italie et plus spécialement dans les établissem. d'aliénés. Paris 1860. Masson.

Brierre de Boismont. Pellagra ohne Maisgenuss. Gaz. de Paris 1860.

Landouzy, De la Pellagra. Gaz. des Hôp. u. Arch. gén. 1860.

Costallat A., Etiologie et prophylaxis de la Pellagre suivit de rapport du comité consultatif d'hygiène et de salubrité par Ambroise Tardieu. Paris 1860.

Ballardini Lod., Igiene dell' agricoltore ital. in relaz. spez. alla Pellagra. Milano 1860.

Ballardini Lod. De la Pellagra. Ann. univers. 1860.

Boudin, Pellagre. Ann. di Hygiène 1860.

ausdehnen (Marzari, Rizzi etc.). Man machte es von der Bodenbeschaffenheit abhängig, und wollte dem Pellagra enge, steinige, wenig ventilirte, kalkhältige, unfruchtbare Thäler anweisen (Zecchinelli), während Baruffi-Pezzoli u. v. A.

Gobert, Quelques considerat. sur la Pell. Strasbourg 1860.
Landouzy, De la Pellagre sporadique. Paris. 1860. u. Gaz. des Hôp. 1861.
Ripa Luigi, De la Pellagra. Gaz. lombard. 1861.
Moser A., Pellagre sporadique. Gaz. des Hôp. 1861.
Landouzy, De la Pellagre. Gaz. des Hôpit. 1861.
Costallat, Pellagre et acrodynie. Tarbes 1861.
Menière, De la Pellagre. Gaz. de Paris 1861.
Lussana F., Pellagra in und ausser Italien. Annal. univ. 1861.
Roti A., Cenni sulla Pellagra in Chiari. Diss. 1862.
Bouchard, La Pellagre observ. à Lyon. Gaz. méd. de Lyon 1862.
Hoffmann C. R., Urs. und Natur des Pellagra. Bayer. ärztl. Intell. Bl. 1862.
Winternitz, W. Studien über das Pellagra. Jahrb. d. k. k. Ges. d. Aerzte. Wien 1862.
Billod E., Einfluss d. Seelenstörung auf Erzeugung des Pellagra. L'Union 1862.
Billod E., Note sur la Pellagre et le typhus pellagreux. Paris 1868.
Bouchard, Recherches nouvelles sur la Pellagre. Paris 1863.
Vidal, Pellagre sporad. L'Union 1863.
Wilks, Case of Pellagra. Brit. med. Journ. 1863.
Ballardini, Pellagra-Endemie ohne Einfluss des Mais. L'Union 1863.
Gintrac, Hillairet, Depont, Landouzy, Perroud, Tardieu. Ueber Pellagra. Gaz. des Hôp. 1863.
Hardy, Pellagre sporad. à Paris. Gaz. des Hôp. 1863. Presse méd. 1864.
Pezzani A., De la Pellagre, de ses ravages et de ses moyens de curat. Paris 1863.
Ferario Erv., L' analog. fra la Pellagra e il Lichene. Gazz. Lomb. 1864.
Gonzalez Juste, Zur Diagnose des Pellagra. El Siglo med. 1864.
Calmanza, Pellagra, Degeneration der Lepra. 1865.
Billod E., La nature de la Pellagre. 1865.
Rayer, Ber. über Pellagra. L'Union 1865.
Rossi, Fioravante. Etiologia de la Pellagra. Gaz. Lomb. 1865.
Billod E., Traité de la Pellagre d'après des observat. recueillies en Italie et en France. Paris 1865—1870.
Roussel Théophile, Pellagre et Pseudopellagre. Arch. gén. 1866.
Leudet, Ueber spor. Pellagra und Pseudopellagra der Säufer. Gaz. de Paris 1867.
Druhen aîné, De la Pellagre en Franche-Comté. Besançon 1868.
Fraenkel M., Leichenbefunde bei Pellagra. Virch. 47., 49. und 51. B.
Lombroso Cesare, Studi clinici ed esperimentali sulla natura, causa e terapia della Pellagra. (Estratto del Giorn. la Rivista clinica del 1869).

das Pellagra im Hoch- und Tiefland, auf Sumpf und Sandboden, auf Bergen, in Thälern und Ebenen vorfanden.

Das Vorkommen des Pellagra auf so verschiedenartigen Terrains führte dahin, es für unabhängig von der Bodenbeschaffenheit zu erklären, und den Grund für die Ausbreitung dieser Krankheit in der angenommenen Erblichkeit zu suchen (Bisaglia, Strambio), während ihn Andere in der Contagiosität des Leidens finden wollten (Titius, Videmar, Fontana), und eine dritte Reihe, die die zahlreichsten Anhänger zählt, die ganze Endemie von den Lebensverhältnissen abhängig machten, worauf wir bald noch näher eingehen müssen. Dem Stande nach sollten nur die ärmsten Landbebauer pellagrös werden; die Autoritäten Videmar, Strambio, Santo, Vidal und Landouzy etc. stemmen sich dagegen, indem diese Krankengeschichten Pellagröser aus den verschiedensten Ständen mittheilten.

Dem Alter und dem Geschlechte wurde ebenfalls ein bedeutender Einfluss auf das Vorkommen des Pellagra zugeschrieben; aber auch hier liegen einander die Autoren in den Haaren. Während Gaet. Strambio, Bellotti und Ghirlanda es vertheidigen, dass das Pellagra in jedem Alter vorkomme, und Dr. Sacco es sogar bei Säuglingen gesehen haben will, haben Odoardi und seine Anhänger behauptet, es komme nie vor dem 6. und nie nach dem 60. Jahre zur Beobachtung. L. Gintrac findet Pellagra häufiger in den jüngeren Jahren, seltener im hohen Alter, meist zwischen 30 und 60 Jahren.

Ebenso ist der Einfluss des Geschlechtes ein Zankapfel. Zanetti, Albera, Soler, Fanzago, Gioja, Melchior vindiciren dem weiblichen Geschlechte eine grössere Disposition pellagrös zu werden, während Concini das Gegentheil vertritt und mit Gaet. Strambio v. A. jeden Einfluss des Geschlechtes läugnet. Auch unter L. 40 Fällen waren nur 17 Männer und 23 Frauen. Billod fand das männliche Geschlecht überwiegend ergriffen, 36 Männer, 19 Weiber, Gintrac unter seinen 75 Fällen 52 Männer und 23 Weiber; unter den 1357 zu Mailand von 1843—1846 behandelten zählt Calderini 611 Männer und 746 Weiber. Aus einem Briefe Gazailhans an Landouzy geht hervor, dass die Weiber vorzüglich die

Feldarbeiten verrichten. Dass bei so wenig übereinstimmenden Ansichten über Alter, Ursprung, Ausbreitung und Vorkommen auch das Wesen der Krankheit die verschiedensten Deutungen erfuhr, wird uns nicht mehr Wunder nehmen.

Nardo behauptet, das Pellagra sei ursprünglich eine Hautkrankheit, und bemüht sich aus der gestörten Hautfunction die übrigen dem Pellagra zugeschriebenen Symptome herzuleiten. Bellotti geht in dieser Richtung noch weiter, indem er mit dem Verschwinden der Hautkrankheit den ganzen Process für beendigt hält. Die oben citirte permanente Commission erklärt in ihrem ersten Rapporte, das Pellagra sei ein Leiden, das seinen Sitz im organischen Apparate der Digestion und Assimilation habe, und durch diese Erkrankung sei die Haut disponirt, unter Einwirkung der Sonnenstrahlen zu erkranken. Auch Titius und Gherardini erklärten die Hautaffection für ein Symptom, hervorgerufen durch eine Erkrankung der ersten Wege. Landouzy sagt l. c. p. 58: „La pellagre sporadique est, comme la pellagre éndemique, une affection générale, presque toujours chronique, caractérisée par l'apparition isolée, simultanée ou successive, d'accidents cutanés, digestifs et nerveux, qui se manifestent ou s'exaspèrent le plus ordinairement au printemps". Und p. 163: „Quelle est maintenant la nature intime de cette pellagre? Évidemment, ce n'est pas une dermatose, puisque l'affection peut être très caractérisée sans aucune lésion de la peau.

Ce n'est pas une affection du tube digestif, puisque dans certains cas nous avons vu la pellagre confirmée, c'est-à-dire l'érythème spéciale, et la folie spéciale, avec périodicité vernale sans troubles gastro-intestinaux.

Ce n'est pas une affection purement cérébrale, puisque certaines pellagres sporadiques ou endémiques suivent un long cours sans troubles cérébraux appréciables.

Dire que c'est une diathèse, ce serait simplement éloigner la difficulté.

Où donc placer la protopathie? En d'autres termes, quelle est la fonction dont le trouble primitif aura entraîné tous les autres troubles de l'économie?

.... à mes yeux, c'est le système nerveux cérébro-spinal qui est primitivement affecté. Lui atteint par une lésion toute spéciale, la peau n'a plus la force de réagir contre les rayons solaires; le système digestif subit, dans son innervation locale, les conséquences du trouble de l'innervation générale. Quant aux phénomènes de paralysie ou de folie, ils dérivent plus naturellement encore de la protopathie nerveux ....

Die Angaben über die eigentliche Conditio pathologica der Krankheit leiden an derselben Disharmonie. Als eine Art von Scorbut ward von Odoardi das Pellagra aufgefasst und er fand an Aldalli, Strambio u. A. bedingungsweise Anhänger. Nicht ganz fremd damit scheint Baruffi's Ausspruch, der in einer fortschreitenden Verarmung des Ganglien-, spinalen und endlich cerebralen Nervensystems an albuminoiden Substanzen das Wesen des Pellagra findet. Für ein periodisches, chronisches nervöses Erisypel erklärt Titius das Pellagra; während Alibert es unter die Ichthyosen reiht; Dr. Holland es zu den Impetigines zählt. Cerri behauptet die Verwandtschaft des Pellagra mit Lichen; Allioni lässt es als eine degenerirte Miliariaform auffassen; Videmar identificirt das Pellagra mit Hypochondrie und Mal del padrone von Ramazzini; della Bona hält das Pellagra, Lepra, Elephantiasis und Scorbut für dieselben Krankheiten, und ein Anonymus nennt es sogar eine Art Typhus und Pest.

Mühry zählt das Pellagra zu den Lepraformen Südeuropas, während es Ballardini, Guerreschi, Lombroso und in neuester Zeit auch Hirsch u. A. analog der Raphanie, für eine Vergiftung durch einen Pilz der Zea Mays erklären. Zur Ergänzung des Obigen führe ich noch an, dass Gaet. Strambio das Pellagra auf Abdominal-Infarcte zurückführt; Schärfen des Blutes schreiben es Gherardini und Soler zu; eine lentescirende Rückenmarksentzündung nennt es Ghidella; Asthenie sei das Wesen des Prozesses, sagen Facheris und Fanzago, Gastroenteritis Jourdan.

Je nach den Ansichten der Autoren über die Natur des Pellagra variiren auch die Meinungen über die entfernteren Ursachen dieser Krankheit. Während die Anhänger der Insolations-Theorie in der in der Lebensweise begründeten,

mehr weniger häufigen Einwirkung dieser Schädlichkeit die Erklärung für das öftere oder spärlichere Auftreten des Pellagra finden, studiren die Häreditäts-Anhänger die Genealogien der pellagrösen Familien und finden, wenn sie genau suchen, stets irgend ein mit Hautausschlägen behaftetes Familienglied. Die Contagionisten haben noch leichteres Spiel, da die Uebertragungsmöglichkeiten der Contagien so unbegrenzt viele sind; und zu ihrer Unterstützung von Ansteckungen der Frauen durch ihre pellagrösen Männer, Titius, Videmar, Fontana Zecchinelli eine hinreichende Menge von Beispielen citiren. Und so wie jedes einzelne dieser Momente (Insolation, Häredität und Contagium) für sich genügen sollte, die Krankheit hervorzurufen, so lassen Andere diese Momente in harmonischer Zusammenwirkung das Pellagra erzeugen. Häredität bedinge die pellagröse Disposition, Insolation sei die Gelegenheitsursache des Exanthems; vermeidet man jedoch letztere Schädlichkeit, so entgehe man doch nicht dem Pellagra ohne Hautausschlag — P. occulta — (Albera, Strambio, Gherardini).

Landouzy sagt über den Einfluss der Sonne auf die Entstehung des Erythems etwa Folgendes, p. 72.: „Un fait qui paraît constant, c'est le siége de l'érythème sur les parties découvertes: visage, mains, dos des pieds, cou, partie supérieure de la poitrine“. „Cependant, en observant l'érythème et surtout l'érythème des pieds, chez des malades qui m'assuraient n'avoir pas quitté leur lit, ou n'avoir pas marché sans bas, ou n'avoir pas été exposés au soleil; en voyant qu'à Milan les menuisiers, les cordonniers etc. qui travaillent à l'ombre, sont aussi fréquemment (?) frappés par l'érythème que ceux qui travaillent en plein air; en remarquant, surtout, que la rougeur survient **rarement** en été, et qu'elle décline, au contraire, au moment où le soleil est le plus ardent, le travail des champs le plus actif (?), les cultivateurs le moins vêtus, j'avais peine à admettre l'action exclusive que certains médecins endémistes attribuent au soleil dans la production de l'érythème.“ p. 73. „Mon enquête dans les Landes a modifié à cet égard mon opinion .... je suis demeuré pleinement convaincu de l'influence solaire sur la production de l'érythème“. Schliesslich: „Il est notoire que le soleil exerce une influence considérable

sur la production, l'exacerbation ou la récidive de l'érythème. Il n'est pas suffisamment démontré que cette influence soit indispensable à la manifestation de l'érythème."

Also wie wir sehen, kömmt auch L. über die Bedeutung dieser Schädlichkeit für unser Leiden nicht ganz ins Reine.

Nicht lange genügten die eben angeführten Noxen zur Erklärung der sich anfangs immer mehr ausbreitenden Krankheit. Alle Contactpunkte zwischen dem Menschen und den Elementen wurden nach und nach als Krankheitsursache beschuldigt. Den Spiritus miasmaticus des Hippocrates lässt Jansen durch locale Verhältnisse modificirt dem Pellagra zur Entstehung dienen. Einem eigenthümlichen Miasma schreiben es Allioni und Bellotti zu.

Thouvenel[1]) formulirt diess wissenschaftlicher, indem er die von den hohen Alpenketten im Norden des Lombardischen und Venetianischen zurückprallenden Winde, die dadurch bedingte Stauung und Verdichtung der Luft, so wie die Mischung derselben aus Höhen und Niederungen, im Vereine mit diätetischen Verhältnissen, das Pellagra hervorbringen lässt. Es fehlen jedoch die Beweise, und das Vorkommen von Pellagra in anderen Ländern, wo diese localen Bedingungen fehlen, lassen sich damit nicht in Einklang bringen.

Calderini lehrt uns Syphilis als die entfernte Ursache des Pellagra erkennen; es sei nichts Anderes als eine neue Erscheinungsweise dieser Seuche. Ich gehe mit der Erwähnung, dass Vay das Pellagra von einer Ueberladung der Haut mit Electricität herleitet, zu den in den Bodenverhältnissen und der Lebensweise gefundenen Krankheitsquellen über.

Von den Bodenverhältnissen sind, wie zum Theil schon oben angegeben, alle möglichen geognostischen und landschaftlichen Formationen in gleicher Weise beschuldigt worden. Enge, steinige, wenig sonnige, schlecht ventilirte Thäler sollten der Sitz der P. antica sein, während Missernten, Krieg, Elend die P. introdotta bedingen sollten. Der Reflex vom sonnendurchwärmten Kalk- und Kreideboden wird im Vereine mit

[1]) Traité sur le climat d'Italie, considéré sous ses rapports physiques, météorologiques et médicinaux. Verone 1778.

Schmutz, gänzlich vernachlässigter Hautcultur und Elend von Cerri als Hauptursache unserer Endemie angesehen. Da man jedoch allmälig, wie schon erwähnt, das Pellagra unter den verschiedensten Bodenverhältnissen angetroffen haben wollte, so einigte sich schliesslich die Mehrzahl über die Unabhängigkeit der Krankheit von der Beschaffenheit des Bodens und man bestrebte sich, fast ausschliesslich in der Lebensweise die eigentliche Noxe zu finden. Von den niedrigen, feuchten, schmutzigen, ungedielten, häufig mit dem Vieh getheilten Wohnungen der armen Landleute beginnend, wird am häufigsten das Elend in all' den Formen, unter denen es an den Menschen herantritt, beschuldigt.

Wieder sind es Unreinlichkeit, vernachlässigte Hautcultur, die zuerst als Ursachen herhalten mussten; dann kam die schlechte Nahrung an die Reihe. Unreife verdorbene Cerealien, die schlechte Brotbereitung, schlechtes Trinkwasser, fermentirende geistige Getränke, der Salzmangel (Odoardi), der Seesalzmissbrauch (Albera, Guerreschi), Mangel an animalischer Nahrung, aber auch der Genuss von Salzfleisch (Penada und della Bona) wurden als Ursachen beschuldigt. Endlich verfiel man auf das Korn der Zea Mays, den türkischen Weizen, dessen ausgebreiteterer Anbau in die Zeit des angeblichen ersten Auftretens des Pellagra fällt, und es war somit nicht schwer, diesem das neue Uebel zuzuschreiben. Und während Viele (Fanzago, Chiarugi, Marzari, Rizzi etc.) der ausschliesslichen Maisnahrung die Fähigkeit, das Pellagra zu erzeugen, zumuthen, sind Andere der Ansicht, dass bloss verdorbenem Mais diese Wirkung zukomme.

Roussel, Thouvenel, Costallat, Tardieu, Lombroso und Ballardini, die Hauptverfechter dieser Idee, formuliren ihre Ansicht folgendermassen: „Es sind zwei Momente, die mit einander vereint, das Pellagra hervorbringen: 1. der Genuss von Mais, unter dessen Samendecken sich ein Pilz befindet — *verderame* — nach Casati eine Unterart der von Ehrenberg in den Sorghum-Arten Egyptens vorgefundenen Sporisorien, und 2. das Elend.

Auch Bassi schreibt die Krankheit gewissen parasitischen Vegetationen zu, die sich in den verschiedenen Speisen, in

längere Zeit aufbewahrter Polenta — einem dicken Maisbrei —, im dumpfigen Brot etc. bilden.

Landouzy kömmt in Bezug auf die Aetiologie zu folgenden Angaben, p. 104: „Les nombreux cas sporadiques, que j'ai réunis plus haut, rapprochés des faits signalés chez les aliénés, prouvent déjà d'une façon péremptoire que, si le verdet était une cause efficiente de pellagre, ce n'en serait pas, toutefois, une cause exclusive, puisque un seul de quatre-vingt-quinze malades observés à Reims, à Paris et à Saint Gemmes, a fait usage de maïs." — „Mais l'étude des pays endémiques euxmêmes proteste contre cette hypothèse. D'une part, la pellagres règne dans des contrées où le maïs est inconnu. D'une autre part, elle épargne des contrées où l'on se nourrit de maïs verderamé". p. 106. „. . . le maïs altéré prédispose de toute nécessité à la pellagre, comme il prédispose, d'ailleurs, à toutes les autres maladies."

Und im Résumé, p. 158: „Le soleil est évidemment une cause occasionelle de la pellagre, car il produit l'érythème, il ramène les hallucinations, il produit, comme l'a montré le docteur Collard de Berne, des accès épileptiformes chez certains pellagreux; peut-être même n'est-il pas sans influence sur les troubles digestifs; mais il lui faut un principe pellagreux, c'est-à-dire une cause interne dont nous ignorons la nature. — La misère est une cause prédisposante de toute les maladies possibles, puisqu'elle débilite l'économie et l'empêche de réagir contre les actions morbifiques; c'est, par conséquent, une cause prédisposante de la pellagre. Le maïs, soit qu'on le considère comme alimentation seulement insuffisante s'il est sain, soit qu'on le considère comme alimentation toxique s'il est malade ou mal préparé, ne peut pas être une cause prédisposante de la pellagre; mais comme le serait tout autre aliment altéré ou insuffisante, et non en vertu d'une propriété spécifique virulente. — M. Costallat, en vulgarisant les idées de Ballardini, a donc rendu un immense service à l'hygiène; mais, je le répète, le maïs sain ou altéré, n'est assurément pas une cause constante, puisqu'à la Teste (de Buch) où règne le verdet, ne règne pas la pellagre, ainsi que me l'a assuré l'un des hommes les plus compétentes en cette

matière, M. G. Hameau, et il est encore moins une cause exclusive, puisque à Reims et autour de Reims, où le maïs est complétement inconnu, je montre, depuis dix ans, les plus beaux types de diathèse pellagreuse."

Das vollkommene Fehlen des Pellagra an der unteren Donau, in der Moldau etc., wo von dem grössten Theil der Bevölkerung Mais als fast ausschliessliche Nahrung benützt wird, spricht in gleichem Sinne.

Lombroso, der nach einer nicht übermässig verlässlichen Methode seine Experimente mit Ustilago maidis in Pulver und Tinctur anstellte, der ebenso das Sclerotium maidis und Sporisorium maidis, und mit Penicillium glaucum fermentirenden Mais prüfte, fand eine Menge Symptome, die sich sehr leicht von einem verdorbenen Magen ableiten lassen, ebenso bei längeren Fütterungsversuchen Erscheinungen von Ernährungsstörung, die mit dem Pellagra wohl wenig Gemeinsames haben.

Dass auch die Mais-Aetiologie in der Literatur noch mehr Gegner gefunden, dafür führe ich bloss die Namen Ruggieri, Aglietti und Bellotti an; doch wenn hier ein Majoritäts-Votum seine Geltung fände, so behielten immerhin die Maisbeschuldiger den Sieg.

Die oben citirte permanente Commission glaubt auch an ein Zusammenwirken verschiedener Ursachen, unter denen Insolation und Schmutz die Ursachen der Hautkrankheit, ein gewisser Grad von Erblichkeit und das Elend die Ursachen der übrigen Symptome sein sollten.

Baruffi sieht in dem Mangel an hinreichender stickstoffhaltiger Nahrung, in dem ungenügenden Ersatz an plastischen Stoffen bei dem grossen Verbrauche, bei den Mühen der Feldarbeit die Ursache des Pellagra, und diess ist auch der Grundgedanke, den man aus der weitläufigen Darlegung Lussana's entnimmt, nur dass der Letztere auf das Missverhältniss zwischen Respirations- und plastischen Stoffen, das er in der Nahrung des lombardischen Landmannes gefunden haben will, nebstdem ein Hauptgewicht legt.

Wie ausschliesslicher Fleischgenuss Scorbut, so mache ausschliessliche Pflanzenkost Pellagra, fanden wir a. a. O. notirt.

Die moralischen Einflüsse, die mit der Entstehung des Pellagra in Beziehung gebracht werden, sind meist deprimirender Natur. Es werden das Elend und die unglücklichen Pächterverhältnisse des lombardischen und venetianischen Bauern besonders hervorgehoben. Der Landmann ist dort meist bloss der Knecht des Besitzers; die ihm aufgebürdeten Lasten häufig sehr drückende, so dass er trotz der angestrengtesten Arbeit meist in unverschuldetem Elend steckt. Von sonstigen Momenten, die als Ursachen des Pellagra angezogen erscheinen, nenne ich: Unmoralität, Excesse in Venere et Baccho, Säfteverluste, allerhand angeborene Uebel, schlecht erkannte nnd schlecht behandelte Quotidian-Fieber, China-Missbrauch, Chlorose, gewaltsam unterdrückte Menstruation, verlangsamte Geburt, Puerperium, zu lange fortgesetztes Stillen, zurückgetriebene Ausschläge, Mangel an Racenkreuzungen etc. Es dürfte für unsere Endschlüsse nicht ganz werthlos sein, wenn ich gleich hier bemerke, dass das als Aetiologie für das Pellagra von den verschiedenen Autoren Angeführte eine ziemlich erschöpfende Aetiologie fast für die gesammte specielle Pathologie sein könnte.

Nachdem wir uns aus dem Vorstehenden gewiss keinen einheitlichen Begriff über die Entstehung und die Natur der in Rede stehenden Endemie haben machen können, sei es uns vergönnt, den Weg zu verfolgen, auf dem die verschiedenen Autoren zu so differenten Abstractionen gelangten. Es ist diess der einzig rationelle Weg der Krankenbeobachtungen und der Leichenöffnnngen. Also beginnen auch wir mit den Resultaten der Krankenbeobachtungen, mit der Symptomenreihe, die dem Pellagra zugeschrieben wird, und lassen wir erst darauf, gleichsam als die Probe des Rechenexempels, die Ergebnisse der Sectionen Pellagröser folgen.

Symptomatologie.

Der ganze dem Pellagra zugeschriebene Symptomen-Complex erfuhr von den Autoren verschiedene Eintheilungen. Die Anhänger der Stadienlehre, und dahin gehören fast Alle, theilen das Pellagra in drei Stadien von verschieden langer Dauer. Diese Eintheilung wird von Landouzy einer Kritik

unterzogen. Nach ihm wäre das 3. Stadium kenntlich: „par le marasme ultime et la mort“. Aber wo soll man die Charakteristika und die Grenzen der zwei ersten Stadien finden? „La dermatose peut manquer ou différir longtemps dans les cas les plus graves; les troubles digestifs peuvent n'arriver qu'à la fin de la maladie, les troubles cérébraux se peuvent montrer seuls, et d'une manière effrayante au début même de la maladie.

Die Eintheilung Strambios in ein continuirliches, remittirendes und intermittirendes Stadium ist gleichfalls unbrauchbar, da man in jedem Stadium der Krankheit bei demselben Kranken alle drei Formen durchmachen würde.

Landouzy schlägt die folgende Eintheilung vor: „1° Érythème pellagreux, c'est-à-dire l'érythème spécial survenant isolément à chaque printemps et tant qu'il resterait isolé et exempt de toute complication; 2° Entérite pellagreuse, c'est-à-dire la diarrhée revenant isolément au printemps et qui aurait précédé ou accompagné des accidents spéciaux; 3° Diathèse pellagreuse. L'érythème, l'entérorrhée et la folie réunis“. Während die Krankheit zur Zeit ihres anfänglichen Auftretens viel chronischer verlaufen sein soll, oft von dreissig- und mehrjähriger Dauer, soll sie in neuerer Zeit viel acuter ihre einzelnen Phasen durchmachen, und es soll — eine sonderbare Acuität — selbst Fälle geben, die schon nach sechs Jahren das dritte Stadium des Pellagra erreicht haben. Doch gibt es auch Autoren, die für einen noch rascheren Verlauf einstehen, die Leute, ohne alle Prodromen, am Pellagra plötzlich zu Grunde gehen lassen. Vorzüglich Säufer und kleine Kinder sollen oft auch vor dem Ausbruche des Hautausschlags vom Pellagra hingerafft werden (Santo, Pezzoli, Bellotti, Ghirlanda). Auch das sporadische Pellagra soll stets chronisch verlaufen (Landouzy). Also wie wir sehen, herrscht über die Dauer der ganzen Krankheit, und wie wir gleich erfahren sollen, auch über die der einzelnen Stadien unter den italienischen Autoren eine echt babylonische Einigkeit. Was nun diese künstlichen Stadien selbst betrifft, so unterscheidet Frapolli ein beginnendes, ein fixirtes und ein unheilbares Pellagra. Wenig abweichend sind die Stadien Gherardini's und Strambio's, die das Pellagra in ein leichtes, schweres und

unheilbares abtheilen. Sehr sonderbar ist die Eintheilung Soler's in ein trockenes und feuchtes Pellagra, je nachdem gleichzeitig Tabes oder Hydrops vorhanden.

Der Lehre des „Exanthema sine exanthemate" huldigen die Unterscheider eines larvirten und manifesten Pellagra, auch P. occulta genannt (Titius, Zecchinelli u. A.). P. antica und introdotta, sowie eine haereditaria, contagiosa und acquisita werden unterschieden.

Zu diesen Eintheilungen fügten noch Zecchinelli und Santo einen Habitus pellagrosus, ein Stadium prodromorum, eine pellagröse Physiognomie und ein Pseudopellagra.

Was nun den „Habitus" anbelangt, so sollen schwächliche Geschöpfe mit einer blassen Haut, mit hartem grossem Unterleib, mit gracilem Knochenbau, mit schlechten Zähnen und sehr empfindlichem Circulations-System zum Pellagra, und ich füge hinzu, zu noch sehr vielen Krankheiten disponirt sein.

Die pellagröse Physiognomie lasse sich nicht definiren, ihre Erkenntniss sei Sache des praktischen Tactes, vorwaltend wird ein eigenthümlicher Blick als charakteristisch hervorgehoben. Billod erwähnt eine Cachexie pellagreuse, profonde altération dans la nutrition générale. (L. vertheidigt das Wort Diathèse gegen Cachexie.)

Die Prodromen und das beginnende Pellagra sollen sich durch ein allgemeines, im Frühjahre auftretendes Unwohlsein manifestiren.

In Folgendem bringe ich nun die Symptome der drei pellagrösen Stadien; sie sind das Ergebniss einer Zusammenstellung der Symptomatologien vieler Autoren und der mir in verschiedenen Theilen Italiens als pellagrös vorgeführten Kranken; somit gleichsam die Summe aller dem Pellagra zugeschriebenen Symptome [1]).

Die beginnende Krankheit äussere sich durch grosses Schwächegefühl, häufigen Schwindel, Gesichtsschwäche oder Doppeltsehen, Hemeralopie oder Nyctalopie, Kopfschmerzen, Kreuzschmerzen, Abnahme des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit, Verstimmung oder unnatürliche Heiterkeit, Haut-

---

[1]) Ganz vereinzelt dastehende Angaben übergehe ich meist.

hyperästhesien, Brennen der Füsse und der Hände, salzigen Geschmack im Munde, Trockenheit und Brennen im Rachen, Magenschmerzen und andere gastrische und abdominelle Symptome, wie: Bulimie, Obstipation, Anorexie, Dyspepsie oder hartnäckige Diarrhöe. (Landouzy u. A. lassen die letzteren Symptome durch Wochen ja durch mehrere Frühjahre der Hautkrankheit vorangehen. Sie können aber auch jahrelang fehlen und nur in der letzten Periode auftreten.) Von objectiver Seite finde man in diesem Zeitraume: Beginnende Abmagerung — häufig fehlend — ein bräunliches Hautcolorit, eine gelbliche Färbung der Conjunctiva bulbi[1]), braune Färbung der Unterlippe, mit Rissbildungen in derselben[2]), Erosionen am Zahnfleische, Rhagaden der Mundschleimhaut, auch blutendes und schwammiges Zahnfleisch, eigenthümlich riechende Schweisse[3]), speckigen Zungenbeleg, Aufstossen, Erbrechen, Husten, Athemnoth, Diarrhöe, Obstructionen, unterdückten Puls zeitweilig Fieber. Dass bei Weibern profuse Menstruation oder Menostasis vorhanden sei, finden wir auch angegeben (Sartago). Alle diese Symptome können dem Ausbruche der Hautkrankheit vorhergehen. Oft fehlen all' die angegebenen Symptome, und der Hautausschlag ist jahrelang das einzige Symptom (Cerri). Die Hautkrankheit beginnt mit Abnahme des Winterfrostes, zur Zeit der Frühlingsaequinoctien. Landouzy, p. 70: „Quelquefois, enfin, la dermatose, au lieu de se produire au printemps ou en été, se produit en hiver". Hameau (père), Billod und Gintrac und italienische Autoren sahen theils bei beginnendem Pellagra, theils bei Recidiven, Hautausschläge im Winter ausbrechen. Ameisenkriechen, Haut-Torpor und verschiedene andere Parästhesien gehen häufig dem Ausbruche des Exanthems voraus (Santo).

Die Haut, meist die des Handrückens, schwillt an, sie wird gleichmässig blass- oder dunkelroth, gespannt und heiss. Der Uebergang von der erkrankten Hautpartie zu der angren-

---

[1]) Oefters Mydriasis (Jansen).

[2]) Abbrustolimento del labbio inferiore (Bisaglia).

[3]) Nach muffigem Brot (Jansen).

zenden soll oft als harter Rand zu fühlen sein, häufig jedoch ist dieser Uebergang dem Tastsinne unmerklich. Bald bilden sich an der ergriffenen Stelle Papeln, Knötchen oder Knoten, bald Bläschen oder Blasen, die manchmal bersten und ein ichoröses Secret entleeren [1]), manchmal eintrocknen und Krusten bilden, die jedoch nie sehr dick werden; häufig, vorzüglich an den Gelenken, kommt es zu Rhagaden und Geschwürsbildungen; oft bilden sich auch keine Bläschen oder Blasen, sondern die Haut verfärbt sich, wird gelblich oder bräunlich, und die Epidermis stösst sich ab, entweder in grösseren Fetzen, oder auch kleienartig; mitunter ist auch gar keine Abschuppung zu merken, indem nach Rückgang des Erythems die ergriffen gewesene Haut bloss etwas glatter und glänzender bleibt. Triberti beschreibt das Exanthem als fleckenweise auftretendes Erythem am Handrücken, oft zur Norm zurückkehrend, wornach keine Abschuppung eintritt, die Haut glatter und glänzender wird und bloss ein leichtes Jucken zurückbleibt, und verschwindet und wieder erscheint in geradem Verhältnisse mit der Verschlimmerung der gastroenteritischen Erscheinungen. Strambio bezeichnet die Formen, unter denen die pellagröse Hautkrankheit vorkommt, als „Erisypelas simplex", „Erisypelas phlyctaenosum" und „Simplex desquamatio". Landouzy, p. 69, beschreibt das Hautleiden folgendermassen: „Quelquefois de petites vésicules, quelquefois des bulles donnent à l'exanthème l'aspect de l'eczéma, de l'érysipèle phlycténoide, et même du pemphigus." Zu den gastrischen Erscheinungen, die am frühzeitigsten auftreten, zählt derselbe Autor: Bulimie für sich allein bestehend, oder mit Constipation oder Diarrhöe einhergehend. All' diess kann aber auch fehlen. Der Hautausschlag, oder genauer diese Hautausschläge, wiederholen sich durch 2, 3, und noch mehrere Frühjahre, worauf der Kranke in das zweite pellagröse Stadium übergeht [2]).

---

[1]) Stadium ichorosum (Santo).

[2]) Grosse Trockenheit der Haut mit verschieden gefärbten und verschieden dicken Krusten, unter denen zum Theil Geschwüre, zum Theil Excoriationen oder auch Narbengewebe vorhanden; Riss- und Schrundenbildungen in dieser trockenen Haut, finden wir auch hie und da als Pellagra beschrieben.

In diesem Stadium nun erreichen die eben notirten Symptome einen höheren Grad, vorzüglich die krankhaften Erscheinungen im Gebiete der Sinnesorgane und des gesammten Nervensystems treten marquirter hervor.

Agrypnie stellt sich ein, Intelligenzstörungen werden als häufig angegeben. Ungeordneter Gedankengang, nicht fixirbare Aufmerksamkeit, trübe oder exaltirt heitere Stimmung, Isolirungssucht oder übergrosse Geselligkeit, Schweigsamkeit oder Redseligkeit, Gedankenarmuth oder Reichthum an Vorstellungen, Unruhe und Beweglichkeit, Atonie oder Erethismus, Stumpfheit der Sinnesorgane oder krankhafte Empfindlichkeit, Cataracta, Taubheit, Zittern der Extremitäten und Krämpfe, werden in buntem Gemische als Symptome des 2. Stadiums in den verschiedenen Arbeiten über das Pellagra angeführt. In den übrigen Organen stosse man auf Reizungserscheinungen sämmtlicher Schleimhäute, in höherem Grade ausgesprochene, den oben geschilderten ähnliche Mund-, Magen- und Darm-Affectionen; hartnäckige Obstructionen, chronische Diarrhöen, Dysenterie, Leucorrhöe, passive Hämorrhagien, Hämorrhoidal-Leiden, Varices, Tendenz zu Pneumonie und Pleuritis, allerhand Harnbeschwerden, chronische Oedeme, Hautgeschwüre, Deformationen der Nägel, Verfärbungen der Haare, Marasmus, Tabes, partielle Paralysen. Von der Hautkrankheit, als dem die Diagnose Bestimmenden, ist dabei nur sehr oberflächlich die Rede, und die Schilderung des Hautleidens differirt fast bei jedem der Schriftsteller. Die Meisten gestehen, dass das Hautleiden sehr verschieden sein könne. Was die Ausbreitung und den Sitz anbelangt, bald sehr ausgebreitet, beide Handrücken und die Vorderarme einnehmend (Fanzago); bald an allen unbedeckten Körperpartieen vorkommend. Cerri sah es am Halse, an der Brust, an den Wangen, der Stirne und der Nasenspitze. Soler beschreibt es an den Armen, am Gesässe, in der Kniekehle und an den Füssen. Oft jedoch sei das Exanthem sehr beschränkt, selbst bloss in der Form einzelner Rhagaden auftretend, ja häufig auch ganz fehlend. Wieder findet man auch in diesem Stadium das Exanthem theils als erysipelatösen, theils als erythematösen Fleck beschrieben, auf dem sich manchmal Knötchen, manchmal Bläschen ent-

wickeln (Soler), welch' letztere öfters zu Krusten vertrocknen (Fanzago). Cerri und Triberti behaupten, dass nach mehrjähriger Wiederkehr des Exanthems, die Abschuppung schwieriger vor sich gehe. Die Haut werde livider, die Krusten dicker, Lepra ähnlich. Hierher dürfte Landouzy's Beschreibung der Haut nach mehrmaligen Recidiven gehören. Er sagt p. 70: „La peau des régions affectées se territ davantage; elle devient sale, rugeuse, terreuse, ichthyosée, lichenoïde, parcheminée. Elle s'épaissit en certains endroits, se durcit et se racornit même en certains autres, et surtout aux articulations digitales, où elle acquiert plus particulièrement cette ressemblance avec la peau des pattes d'oie qui lui a fait donner le nom de peau ansérinée . . . ." — „ . . . . dans ces érythèmes déjà anciens on observe la zone noirâtre, qui semble servir de limite entre la peau saine et la peau malade, dont elle suit les contours."

Auch soll der Intensitätsgrad der Hautaffection nicht immer parallel gehen der Schwere der Erkrankung.

Ueber die besonders in neuerer Zeit von Landouzy hervorgehobene Teinte bronzée an nicht vom Erythem befallenen Körperstellen sind die Angaben so unausreichend, dass man sich aus der Literatur keinen Begriff über die Bedeutung dieses Symptoms machen kann. (Was mir als Bronzefarbe der Haut gezeigt wurde, reducirte sich in mehreren Fällen auf das schmutzig erdfahle Colorit Anämischer mit von Natur brünetter Hautfarbe. In mehreren Fällen war es die gleichzeitige Intermittens-Cachexie, die das fahle Aussehen bedingte). L. selbst sagt p. 76: „Cette couleur bronzée fait-elle partie de l'érythème? Est-elle le résultat d'une modification dans le pigment, indépendante de tout exanthème antécédent? Est-elle une simple complication par le mal d'Addison?" Er neigt sich jedoch zu der Ansicht, dass die Teinte bronzée wahrscheinlicher in einer „relation intime" zum Pellagra stehe und nicht bloss eine Complication sei.

Zeigt das zweite Stadium eine lange Dauer und eine grosse Obstinacität, so ist es nach Santo nicht schwer, das Leiden unter einem anderen Krankheitsbild verlaufen zu sehen; hier sollen Lungen- und Herzkrankheiten vorwaltend häufig sein. Noch einen Ausspruch von demselben Autor bezüglich

des fehlenden Hautausschlages in diesem Stadium, sei mir gestattet unverkürzt anzuführen: „Il difetto della esterna eruzione osservai, la dove avvi ostinata tendenza ad esiti interni". Im dritten Stadium nun ist von der Hautkrankheit schon fast gar nicht mehr die Rede, da sie fast immer fehlt, es sind die krankhaften Cerebral-Symptome, die das Wesen dieses Stadiums ausmachen. Delirien, Frenesien, Krämpfe, Melancholie und Selbsmordtrieb[1]) kommen vor. Vertiges, étourdissements, céphalalgie, rachialgie, titubation, affaiblissement physique et moral, paralysie incomplète.

Strambio sagt von der Geisteskrankheit Pellagröser, sie sei bald ein kurzes acutes gefährliches Delirium, bald eine chronische Störung der Geistesfunctionen, häufig einfache Melancholie, öfters Blödsinn, selbst Epilepsie.

Und dieser kurze Ausspruch, der ziemlich alle auch bei uns vorkommenden Formen der Geisteskrankheiten umfasst, wird nun von den übrigen Autoren in verschiedener Weise breitgetreten. L. gibt ein nicht viel engeres Symptomen-Resumé, p. 82: „La plupart du temps ces troubles nerveux se produisent avec une intensité graduelle, entrés les uns sur les autres; les vertiges d'abord, puis, une difficulté notable d'équilibration, une tristesse croissante, un silence obstiné et enfin tous les accidents, qui constituent la folie stupide ou la démence, c'est-à-dire la folie pellagreuse". Auch durch dieses dritte und „unheilbare" Stadium sollen sich als rother Faden schwere Magen-Darm-krankheiten durchziehen; manchmal jedoch erfolgte der Tod selbst plötzlich ohne alle schweren Vorläufer, vorzüglich stehe diess bei Säufern zu befürchten. Häufig werde das lethale Ende durch colliquative Diarrhöen, Dysenterie, Tabes, Gangrän, seröse Ergüsse in verschiedene Cavitäten, Tuberculose, Herz-krankheit und andere Leiden herbeigeführt. Und trotz dieses so weiten und dehnbaren Symptomenrahmens soll der Verlauf des Pellagra noch viele Anomalien zeigen können. Landouzy p. 59: „Les trois ordres de symptômes n'affectent pas toujours

[1]) Es wird die Geisteskrankheit Pellagröser vielfach als Hydromanie bezeichnet, es soll die Tendenz, sich in's Wasser zu stürzen vorherrschen, was mit dem oben angegebenen Symptom der Trockenheit und des Brennens im Rachen in Zusammenhaug gebracht wird.

une marche identique; et soit dans leur isolément, soit dans leur simultanéité, soit dans leur succession, ils peuvent se manifester d'une façon qui paraisse exceptionnelle ou irrégulière". „Ainsi . . . . les accidents nerveux . . . . peuvent se produire tout à fait isolément d'abord et constituent seuls, en apparence, la maladie entière". „Ils peuvent se produire avec les seuls troubles digestifs, sans troubles cutanés appréciables; avec les seuls troubles cutanés, sans troubles d'estomac, ni des intestins. Il en est de même des troubles digestifs". Bloss das erste Stadium soll ziemlich constant sein, das zweite Stadium die meisten Abweichungen zeigen, oder selbst ganz fehlen können, und das dritte sich oft nur durch den unglücklichen Ausgang manifestiren. Nur L. und wenige Andere schildern bei sporadischen Fällen die Sache weniger systematisch. L. findet grösstentheils die Symptome aus allen drei Gebieten, Haut, Darmtract und Sinnes-Organen in verschiedenen Combinationen auftretend, er scheint also viele der von anderen Autoren dem Pellagra zugeschriebenen Symptome eliminirt zu haben. Von der Geisteskrankheit sagt er p. 83: „Dans le cours même de cette démence qui constitue le type de la Folie pellagreuse, ce sont les idées tristes, les idées de mort et de suicide qui prédominent. Dans les paroxysmes, dans les accès de manie aigüe, ce sont les violences en paroles et en actions sous toutes leurs formes, le suicide, l'homicide et même l'infanticide.

Selon M. Baillarger dans la pellagre endémique, la tendance au suicide n'existerait pas par le fait même de la pellagre, mais par le fait même de la folie pellagreuse, puisque sur plus de mille pellagres sans aliénation, analysées avec le plus grand soin par Calderini, on ne voit notées ni idée ni tentative de suicide."

Zur Illustration dieser weitläufigen Symptomatologie und zur gleichzeitigen Darlegung, in wie mannigfaltigen Combinationen das Pellagra auftrete, will ich einige Diagnosen, unter denen uns Krankengeschichten Pellagröser mitgetheilt werden, hier citiren. Bei Dr. Nobili Santo finden wir: P. con meningitide; P. con duodenitide e vomito nero; P. c. Melancolia religiosa; P. c. Gastroepatitide; P. c. Rachialgite lenta; P. c. Infarcimento viscerali, Edema ed ulcera gangrenose alle estremità

inferiori; P. ereditaria c. Rheumatismo interarticolari; P. ereditaria con vizio strumoso e tigna (tinea) al capo; Pietro Labus erzählt einen Fall von Pellagra mit Tabes und Hemiplegie, einen andern von Pellagra mit Apoplexie. Rizzi's erster Fall wird uns als Mania epileptica pellagrosa, ein zweiter als Typhus pellagrosus cum decubitu vorgeführt. Bei Landouzy finden wir: Accidents nerveux, cutanés et scorbutique, Érythème vernal sans troubles fonctionels, Érythème pellagreux dans le cours d'une fièvre typhoïde, etc. Ueber Verlauf, Ausgänge, Prognose haben wir nach Obigem bloss noch Folgendes zu bemerken: Die Dauer der Krankheit wird als sehr verschieden angegeben, von zwei- bis sechzigjähriger Dauer hat man sie beobachtet.

Prognose.

Das Pellagra wurde von Vielen für unheilbar angesehen, ja Strambio sagt: „la pellagre confirmée est incurable". — Beim sporadischen Pellagra wurden von Landouzy u. A. Heilungen beobachtet.

Was nun den Verlauf betrifft, so kann es geheilt scheinen, und nach Jahren erst wieder recidiviren. Brierre de Boismont citirt einen Fall eines Pellagrösen, der assentirt wurde, während seiner ganzen Soldatenzeit, die er in Ungarn, Frankreich und Deutschland zubrachte, frei war, einige Zeit nach seiner Rückkunft wieder recidivirte. L. sagt von der Prognose des Pellagra p. 132: „En résumé, le prognostic de la pellagre sporadique est comme celui de la pellagre endémique, des plus graves et des plus souvent mortels. Mais les cas de guérison complète ou d'amélioration considérable survenues soit après un changement de lieu, soit après un changement de nourriture, soit après un changement de profession, soit spontanément, c'est-à-dire sans aucun changement appréciable dans la manière de vivre, ne peuvent laisser aucun doute sur la curabilité de la pellagre sporadique, même lorsqu'elle a pris la forme la plus diathésique et la plus formidable." —

In der Pellagra-Therapie finden wir eben auch alle internen und externen Heilmittel und Heilmethoden von den verschiedenen Autoren empfohlen.

Nachdem wir gesehen, welche Symptomen-Mannigfaltigkeit uns das Pellagra und sein Verlauf, wie es von den Autoren beschrieben wird, darbietet; und wir Krankheitserscheinungen, ich möchte sagen, aus jedem Organe notirt haben, muss es uns wahrlich wundern, wenn uns Krankheiten genannt werden, die von dem Pellagra different sind; ja dieses sogar ausschliessen, und doch soll es sich so verhalten. Strambio behauptet, das Pellagra schliesse Gicht, Lithiasis und Incrustationen an den Gefässen aus. Garbiglietti behauptet es von den Scrofeln. Wir haben nun auch der Ausschliessungslehre unseren Tribut gezollt, und gehen nun zu der Untersuchung über, welchen Organveränderungen obige Symptome ihren Ursprung verdanken sollen, zur Anatomie des Pellagra.

Pathologische Anatomie.

Wir folgen bei der Schilderung der Befunde an den Leichen Pellagröser hauptsächlich der oben citirten Arbeit von Pietro Labus, der selbst die meisten Sectionen solcher Leichen vornahm, und auch aus der Literatur das Wichtigste über dieses Capitel zusammenstellte. Die pathologische Anatomie des sporadischen Pellagra entnehmen wir der vielfach citirten Arbeit Landouzy's und wir wollen dessen Befunde zuletzt anreihen. Ebenso werden wir der von Frankel gesammelten Sectionsbefunde gedenken. Der nach Pietro Labus meist sehr abgemagerte Körper zeigt ein erdfahles Hautcolorit; die Cutis fest, trocken und dick, mit tiefen Furchen durchzogen, der Unterleib eingesunken (tympanitisch aufgetrieben, Oedem der unteren Extremitäten, gangränöse Stellen an denselben und am Kreuzbein notirt Gaetano Strambio); auch Rizzi's Fall Typhus pellagrosus cum decubitu zählt hieher. Anämie aller inneren Organe gibt Pietro Labus an. Pathologische Schädelbefunde werden von allen Aerzten, die Sectionen Pellagröser machten, vorgefunden. Erweichung des knöchernen Schädeldaches, Entzündung, Verdickungen und Verknöcherungen der Dura mater und der Sichel, Meningeal-Hyperämie, Consistenz-Vermehrung des Grosshirns, ein „inflammatorischer Zustand des Cerebellum" werden von Gaet. Strambio angegeben. Gemello Villa findet ebenfalls eine vermehrte Consistenz sammt

Atrophie verschiedener Hirntheile und Hirnnerven. Abnorme Injection und Infiltration der weichen Hirnhäute, Hirn- und Rückenmarks-Hyperämien notirt Brierre de Boismont. Leichte Meningeal- und partielle Hirn-Congestionen hat Rizzi bei seiner Mania epileptica pellagrosa gesehen. Im Gegensatz zu der von den bisher Citirten angegebenen Consistenz-Vermehrung findet man bei Fantonetti eine Consistenz-Verminderung des Gehirns angegeben. Nebenbei wird abnorme Injection der Meningen, Adhärenz der Dura mater und Atrophie der Hirnwindungen vorgefunden. Von demselben Autor rührt die mit der Hautkrankheit in Verbindung gebrachte Angabe der Verdickung der Hautzweige des Nervus radialis. Er will diesen Nerven serös infiltrirt, seine Pulpa weich und röthlich gesehen haben.

Pietro Labus fand ein klares oder trübes Serum unter der Arachnoidea, das Gehirn stark durchfeuchtet, erweiterte Seitenventrikel mit harten und kleinen Thalamis. Die Respirationsorgane haben häufig genug pathologische Veränderungen. Gaet. Strambio fand Erosionen in der Trachea und im Kehlkopfe, pleuritische Adhäsionen, splenisirte Lungen, auch Tuberkeln und Cavernen. Labus traf seröse Ergüsse in den Pleura-Säcken, Lungen-Oedeme und Tuberkeln.

Am constantesten werden fast von allen Autoren pathologische Veränderungen in den Unterleibs-Organen vorgefunden. Santo (l. c.) fand viel Flüssigkeit in der Peritonealhöhle, injicirte Gedärme, eine grosse Leber und eiterige Massen in derselben; auch Gaet. Strambio fand Peritoneal-Exsudate, eine hie und da leicht erodirte stellenweise hyperämische Darmschleimhaut. Giovanni Strambio sah die Gedärme und Mesenterien schwarzgefleckt und Leber- und Milz-Adhäsionen, auch skirrhöse Knoten in der ersteren; eine weiche leicht zerreissliche Magenschleimhaut, eine hyperämische mit frischen und alten Verschwärungen besetzte Darmschleimhaut hat Brierre de Boismont gefunden. In Rizzi's Typhus pellagrosus gab es Hypertrophie der Brunner'schen Drüsen und Geschwür im Jejunum. Labus hält die Veränderung im Darmcanal für die anatomische Grundlage des Pellagra. Er gibt als Resultat seiner vielen Sectionen (200) Folgendes an. Der Darm sei blass,

stellenweise vorzüglich die unteren zwei Dritttheile des Jejunum verdünnt, die Schleimhaut wie abrasirt, Atrophie der Zotten, Schwund der Valvulae conniventes. Er will diess bei 100 Leichen von Pellagrösen 77 Mal gefunden haben.

In Frankreich würden, die Sectionen in den Irrenanstalten abgerechnet, 11 Autopsien Pellagröser veröffentlicht. Die Zusammenstellung derselben übernahm L., und wir lassen dieselbe im Auszuge hier folgen.

Reims: Unter 5 Fällen 1 M. Hirnerweichung, 4 M. Rückenmarkserweichung, 2 M. Magenerweichung und Ulceration à pic. Der Darm zeigte 4 M. lebhafte Injection, 2 M. Erweichung der Mucosa des Ileum, 1 M. mit „éruption confluente“.

Paris: 6 Sectionen, 2 M. Hirnerweichung, Rückenmark wurde 2 M. geöffnet, gesund, Magen 1 M. erweicht, Gedärme 4 M. lebhaft injicirt, 3 M. mit Erosionen, 1 M. Ulcerationen?

Sainte-Gemmes: 10 Sectionen Geisteskranker von Billod: Gehirn 2 M., alte Hämorrhagien, Rückenmark 8 M. Erweichung der weissen Substanz, Gedärme lebhaft roth.

Mailand: 5 Sectionen, Brierre de Boismont, 5 M. Rückenmarkserweichung, weisse Substanz, 2 M. Magen-, 1 M. Darmgeschwüre.

Bordeaux: 7 Sectionen, Gintrac (Landes): 3 M. Hirnerweichung, 2 M. Rückenmark, 1 M. Darmgeschwüre.

Fontans: 1 Sect.: Cerveau ferme et piqueté, méninges opaques, le tube digestif rouge et ramolli.

Carrara: Weisse Hirnsubstanz erweicht.

Carswell: 2 Fälle, injicirter, ulcerirter Darmtract.

Fantonetti: 2 Fälle, Hirn- und Rückenmarkserweichung.

Gemello Villa: 2 Fälle, 1 Mal Alles normal, Oliven, verlängerte Mark und Rückenmark verhärtet.

Den Werth dieser Angaben bezeichnet Landouzy selbst am besten p. 97: „Il n'est pas besoin de dire quel peu d'importance on doit attacher à ces faits isolés qui manquent, pour la plupart, de garanties d'exactitude et de précision nécessaires aux déductions scientifiques“.

„Lésions anatomiques d'ordre secondaire. Die häufigsten sind: l'engorgement des sinus de la dure-mère, l'injection, l'in-

filtration, l'épaississement et les adhérences des membranes du cerveau, l'abondance du liquide céphalo-rachidien, les épanchements séreux dans l'arachnoïde, les pseudomembranes et, surtout, les adhérences du péritoïne.

p. 98: Sans contredit, le ramollissement des tissus est l'un des signes anatomiques les moins rigoureux, en raison de la difficulté qu'on éprouve à distinguer nettement les ramollissements purement cadavériques des ramollissements morbides."

Die Hautkrankheit nach dem Tode wird folgendermassen geschildert, p. 99: „Squames irrégulières, variables dans leur épaisseur et dans leur autres dimensions; lamelles purpuracées semblables à celles de la rougeole ou de la scarlatine et même du psoriasis et de l'ichthyose; forme semblable à celle de l'erysipèle ou du pityriasis".

Also als die hauptsächlichsten pathologisch-anatomischen Veränderungen finden wir bei Landouzy resumirt, p. 163: „.... ramollissement de la moëlle très fréquent .... et injection, éruption et érosions presque constantes de la muquese digestive ...."

Aus der Analyse der Pellagra-Autopsien von Fraenkel lassen sich die bei Pellagra gefundenen anatomischen Erscheinungen in folgende Gruppen zusammenfassen: Hyperämie, Entzündung, Hypertrophie oder Atrophie, Verfettung und Pigmentbildung.

Diagnose.

Es dürfte schwer fallen, aus dieser sehr weitläufigen Symptomatologie und den sehr oberflächlichen pathologisch-anatomischen Schilderungen eine präcise Diagnostik des Pellagra zu abstrahiren und ich will das die Diagnose Bestimmende hier kurz resumiren. Ein in jedem Frühjahre sich erneuernder meist erythematöser Hautausschlag, vorwaltend an beiden Handrücken, häufig auch an den Fussrücken, der mit gastro-enteritischen Krankheits-Symptomen, mit allgemeiner Muskelschwäche und Abgeschlagenheit einhergeht, und dem sich nach einer unbestimmten Zeit sehr verschiedenartige Störungen im Gebiete des Nervensystems und den Geistesfunctionen hinzugesellen, soll das Essentielle des Pellagra ausmachen. Doch die Zu-

sammengehörigkeit aller dieser, oft erst nach jahrelanger Unterbrechung aufeinander folgenden, so verschiedenartigen Erkrankungen will uns nicht einleuchten; um so weniger, als für das Pellagra eine noch ganz besondere Selbstständigkeit beansprucht wurde, indem man es auf ein verhältnissmässig nur enges Terrain bannte und die Verschiedenheit desselben von jeder anderen Krankheit vertheidigte. Die oben erwähnten Identificirungen mit Scorbut, Lepra, Elephantiasis etc. blieben stets bloss sehr vereinzelte Annahmen. Es spricht nämlich sehr Vieles dafür, dass das Pellagra als einheitlicher Krankheitsprocess erst durch die nun fast überwundenen Anstrengungen der Ontologen entstand, welche die differentesten Symptomen-Complexe in ihre Krankheitsbilder zusammenzuzwängen sich bemühten, und dass sich das Pellagra, als Erbtheil dieser Lehre, bis in die neuesten Arbeiten fortschleppt. Auch der Ausspruch Landouzy's p. 60 l. c. bestärkt uns in dieser Annahme: „Évidemment, la pellagre ne consiste ni dans les accidents cutanés, ni dans les accidents digestifs, ni dans les accidents nerveux pris chacun isolément, mais dans une diathèse spéciale, qui a pour phénomènes expressifs ces trois ordres de symptômes principaux dont la manifestation individuelle sera plus ou moins énergique selon l'idiosyncrasie du sujet, selon la cause occasionnelle, selon le milieu hygiénique, selon le traitement etc.; und an einem anderen Orte, p. 100: „Bien qu'on puisse dans plusieurs de nos observations, rencontrer une certaine corrélation entre l'altération des organes et l'altération des fonctions, cependant cette corrélation n'est, il faut le reconnaître, ni assez précise ni assez constante pour qu'on ne doive pas regarder comme de simples jalons les résultats fournis aujourd'hui par l'étude anatomo-pathologique de la pellagre".

Auch das periodische Vorkommen oft ganzer Epidemien von Erythem bei uns in unseren Krankenhäusern, die in Bezug auf die Zeit ihres häufigsten Ausbruches (April, Mai October, November), auf die Form ihres Auftretens, auf ihren Sitz (Rückenfläche der Hände und Füsse) ganz mit den Schilderungen des Pellagra-Exanthems übereinstimmen; ohne dass darin der Zusammenhang mit einem tieferen Leiden zu erkennen wäre, ohne dass diese oft viele Jahre hinter einander

befallenen Leute ein grösseres Percent an Geisteskranken oder anderen angeblich pellagrösen Leiden liefern würden, bestimmt mich, an der Existenz des Pellagra als einer einheitlichen Krankheitsform der geschilderten complexen Natur zu zweifeln. Namentlich waren es die zahlreichen Fälle von angeblich pellagrösen Geisteskranken in den Irrenanstalten des lombardisch-venetianischen Festlandes, bei denen ich stets eine andere Diagnose und ein anderes ätiologisches Moment ungezwungen aufzufinden vermochte, die meinen Glauben an dieses Leiden nicht nur erschütterten, sondern völlig vernichteten. Betrachten wir von diesem Gesichtspunkte aus die einzelnen Cardinal-Symptome des Pellagra.

Beginnt man mit dem Hautausschlag, von dem die ganze Krankheit ihren Namen entlehnt, so findet man nach den eigenen Schilderungen der Autoren, dass derselbe durchaus kein specifisches Leiden, ja nicht einmal stets ein und derselbe Process sei. Eczeme, Herpetes, Lichen, allerhand Pustelausschläge, Schrunden und Risse der Haut, Erisypel, am häufigsten jedoch Erytheme, finden wir als pellagröse Ausschläge beschrieben. Auch mir wurden in mehreren Fällen exquisite Erytheme, einmal ein chronisches Eczem und öfters allem Anscheine nach durch vernachlässigte Hautcultur und Kratzen entstandene Krusten als pellagröse Ausschläge demonstrirt [1]). Unter den etwa hundert angeblich pellagrösen Geisteskranken, die sich zur Zeit meines Aufenthaltes in Venedig in der Irrenanstalt zu St. Servolo befanden, konnte ich keinen mit einem manifesten pellagrösen Ausschlage Behafteten zu Gesichte bekommen; doch darf uns letzteres ja nicht wundern, da wir aus der Symptomatologie ersahen, dass im dritten Stadium des Pellagra, in der Manie, der Hautausschlag meist fehle. Auf die alljährliche Wiederkehr des Hautausschlages im Frühjahre und auf den Sitz desselben an den Handrücken wird ein besonderes Gewicht gelegt bei der Behauptung der ganz eigenthümlichen Natur des Pellagra. Doch so wie es uns schon nicht möglich war, aus den Schilderungen des Exanthems, sowie aus der eigenen

---

[1]) Sowohl in Asturien als auch in der Lombardie soll Scabies an der Grenze des Pellagra-Gebietes vorkommen (Zecchinelli).

Anschauung desselben etwas Appartes, nicht auch bei uns Vorkommendes aufzufinden, so liegt auch in dem Sitze an den Dorsalflächen der Hände und in der periodischen Wiederkehr gar nichts Befremdendes, da diess bei einzelnen Hautausschlägen, die bei uns vorkommen, auch zu beobachten ist. Vorzüglich gehört hieher das Erythem, und wirklich zeigen sich zwischen diesem, sowie den dasselbe öfter begleitenden Symptomen und den beiden ersten Stadien des Pellagra zahlreiche Analogien.

Es sei mir gestattet, zur Vergleichung mit den oben angeführten Symptomen des Pellagra einige auf das Erythem sich beziehende Sätze nach Hebra und Hardy zu citiren. „Die ersten fünf Formen — Erythema papulatum, tuberculosum, annulare, Iris und gyratum — charakterisiren sich dadurch, dass sie immer an bestimmten Körperstellen vorkommen, nämlich am Hand- und Fussrücken, bei grösserer Ausdehnung auch am Vorderarm, in seltenen Fällen auch am Oberarm und Oberschenkel, noch seltener am Stamme oder im Gesichte . . .“ [1]). An allen diesen Stellen haben, wie oben angegeben, auch die Autoren den pellagrösen Ausschlag gefunden.

„Die Erscheinungen, unter welchen die Erytheme auftreten, sind Röthe und Schwellung der Haut, meist mit dem Gefühle von Brennen. Die Röthe ist anfänglich entweder eine gleichmässige, z. B. über den ganzen Hautrücken verbreitete (diffuse), oder sie tritt sogleich in getrennt stehenden linsen-, erbsen- bis wallnussgrossen Knoten auf“ [2]). Sehr ähnlich fanden wir das pellagröse Erythem bei Triberti u. A. beschrieben.

„Nach Verlauf von einigen Tagen verschwindet zuerst die diffuse Röthe an der Basis und es ist nur noch lichtgelbe Pigmentirung und geringe Desquamation vorhanden“ [3]). Auch damit stimmen viele Schilderungen des Exanthems in den ersten Jahren der Erkrankung ziemlich genau überein. Noch mehr ist diess bei dem nun folgenden Satze der Fall.

„Eine besondere Eigenthümlichkeit der in Rede stehenden Formen des Erythems, sowie des Herpes iris sind die häufigen

---

[1]) Hebra, Allgemeine Wiener medizinische Zeitung. Nr. 13, S. 90 1860, Erythem und Roseola.

[2]) Hebra l. c.

[3]) L. c.

Recidiven, bei denen sich merkwürdiger Weise oft ein regelmässiger Typus annuus nicht verkennen lässt. Namentlich sind es die Monate April, Mai, Juni und nebst diesen der November, in denen dieser Ausschlag am gewöhnlichsten zum Ausbruche kommt“ [1]).

Hebra hält es von der Masse des ausgeschiedenen Exsudates abhängig, ob sich Knötchen oder Bläschen entwickeln, in welch' letzterem Falle sodann das Leiden als Herpes bezeichnet wird. All' diess, mit den obigen Pellagra-Symptomen verglichen, deutet darauf hin, dass das Pellagra-Exanthem häufig eine der genannten Erythem- oder Herpes-Formen sein dürfte. Hardy's Angaben [2]) stimmen mit dem eben Angeführten in allen Punkten überein, nur erwähnt er noch eines vesiculös-pustulösen Erythems und eines Erythems mit Allgemeinerscheinungen und Saburral-Zuständen der ersten Wege. Letzterem fehlt somit kein dringliches Symptom, um als erstes Stadium des Pellagra bezeichnet zu werden. Was nun die Zusammengehörigkeit der Teinte bronzée und des Pellagra betrifft, so müssen wir trotz aller Hochachtung, die wir vor L. als Forscher haben, gestehen, dass uns die zwingende Logik des folgenden Satzes nicht ganz unantastbar scheint, l. c. p. 76: „. . . la teinte bronzée est fréquente dans l'aliénation. Mais comme l'aliénation est fréquente dans la pellagre“ — ergo soll es wahrscheinlich sein, dass beide Symptome auf Rechnung des Pellagra kämen, doch auch dem Autor scheint die Sache nicht entschieden und er empfiehlt die verschiedenen Formen des Hautausschlages im Pellagra und die Beziehungen der Addison'schen Krankheit zu demselben einem besonderen Studium.

Ein Gleiches, wie wir es eben von der pellagrösen Hautkrankheit darthaten, gilt nun auch von den in den Schriften geschilderten Krankheitserscheinungen aus dem Gastrointestinaltract.

Wieder finden wir es beschrieben, und ich hatte theilweise selbst Gelegenheit es zu sehen, dass acute und chronische Magendarmkatarrhe und sonstige Unterleibsbeschwerden, die

[1]) L. c.

[2]) Hardy, Ueber das Erythem. Allg. Wiener med. Zeitung, Nr. 15 26, 31. 1859.

mit Magengeschwüren, Krebsprocessen, Typhus, allerhand Leber- und Uterus-Leiden einhergingen, als pellagröse Unterleibskrankheit aufgefasst wurden. Die Scheidung der dem Pellagra zukommenden Symptome von den durch die Magengeschwüre, die Krebsprocesse, den Typhus etc. bedingten Unterleibsbeschwerden ist wahrscheinlich wieder Sache des „praktischen Blickes“. Landouzy selbst sagt, p. 78: „Quoique la diarrhée séreuse paraisse la plus fréquente (wie bei uns auch: die catarrhalische), cependant il ne me paraît pas possible d'attribuer aujourd'hui aux selles pellagreuses un caractère spécial. Dans les observations actuelles, endémiques ou sporadiques, le flux diarrhéique s'est présenté tantôt sous forme bilieuse, tantôt sous forme séreuse, tantôt sous forme glaireuse et sanguinolente, c'est-à-dire véritablement dysentérique“. Und wird irgend Jemand etwas Besonderes darin finden, wenn bei derartigen Enteritiden „Pyrosis, grosser Durst, gerçures des lèvres et de la langue“ vorkommen? Fehlt das etwa bei den gewöhnlichen, nicht pellagrösen Enteritiden? — Und so kömmt L. fast dahin, jede Diarrhöe im Frühjahre, wo sie fast unter allen Klimaten am häufigsten sind, als Pellagra-Symptom anzusehen. Er sagt zu Aerzten, die ähnliche Zweifel in seine Diagnose setzten, p. 79 u. 80: „En un mot, vous avez eu, peut-être, la pellagre sans pellagre, surtout chez les malades qui ne se sont pas exposés à l'insolation“. Es ist leicht, sporadisches Pellagra zu finden, wenn man sagt: „Pour moi, les accidents gastro-intestinaux, et particulièrement la diarrhée survenant au printemps et même à toute autre époque chez des aliénés, dont le délire aigu se transformerait en démence, ou dont la manie se transformerait en lypémanie, constitueraient la pellagre“ (p. 80); nun sind das aber auch bei uns ganz gewöhnliche Ausgänge der Geisteskrankheiten. Noch ein Symptom scheint L. bemerkenswerth, es sind das jene Risse in der Zunge (gerçures), die er in keiner Krankheit von dieser Form gesehen haben will. Er unterscheidet zwei Formen und beschreibt sie folgendermassen: Dans la première forme ce sont de véritable gerçures, qui ont entamé la muqueuse et qui existent surtout avec la complication scorbutique. Dans la deuxième forme, ce sont de profonds sillons, très nets, sans

enduits, qui parcourent la surface supérieure en tous sens, sans rougeur de la langue, sans scorbut, sans altération de l'épithelium, sans diminution de l'appétit, sans troubles notables des fonctions digestives (p. 81). Also auch Pellagra ohne gastrische Symptome.

Dasselbe ist der Fall mit den gleichzeitigen Respirationskrankheiten. Eine Pneumonie, eine Pleuritis, eine Tuberculose etc., wird in zufälliger Combination mit sehr differenten Magendarm-Symptomen und einem Hautausschlag, oft auch ohne diesen, zur pellagrösen Pneumonie, Pleuritis und Tuberculose.

Keinem Zweifel unterliegt nun schon gar diese Diagnose, wenn die Pneumonie auf ein Erisypel folgte, oder wenn, wie es bei sich lösenden Lungenentzündungen häufig genug der Fall, ein Erythem hinzutritt. Hier war gewiss die zu spät eingetretene kritische Ausscheidung des „Pellagra-Giftes" durch die Haut die eigentliche Ursache der pellagrösen Pneumonie. Daher rührt auch der Rath, dass bei der Behandlung einer des Pellagra „verdächtigen" Pneumonie, wo kein Hautausschlag vorhanden, ein solcher rasch künstlich hervorgerufen werde (Santo). Wie wenig Berechtigung eine solche Annahme habe, darüber hat die neuere Medizin schon längst definitiv abgesprochen. Eben so wenig ist es wohl nöthig, noch weitere Worte über das Pellagra sine Pellagra zu verlieren.

Ein Anderes ist es jedoch mit den Symptomen des dritten pellagrösen Stadiums, mit der Geisteskrankheit, deren Häufigkeit im Vergleiche mit der Seltenheit von Psychosen unter unseren Landleuten sehr auffallend ist. Die Psychose selbst jedoch zeigt durchaus keine Eigenthümlichkeit, da, wie wir aus der Symptomatologie ersahen, Strambio's gedrängte Schilderung alle Formen der Psychosen umfasst. Der Trieb, sich in's Wasser zu stürzen, kann eben so wenig als eine Eigenthümlichkeit angesehen werden, da diess wohl nicht so sehr dem Symptome des Brennens und der Trockenheit im Rachen, als vielmehr dem Flussreichthum im Lombardisch-Venetianischen, der die Befriedigung des Selbstmordtriebes in dieser Richtung erleichtert, zuzuschreiben ist. L. p. 85 neigt zu derselben Ansicht: „.... la submersion est l'un des moyens

les plus vulgaires, le plus commodes, si l'on ose ainsi dire, de s'arracher à la vie?“ Er sagt weiter, es sind vorzüglich Frauen, die diese Todesart wählen, ohne jedoch, wenn sie daran gehindert sind, auch andere Mittel zu verschmähen. Nirgends jedoch glückte es uns, den rothen Faden aufzufinden, der die Hautkrankheit mit der Unterleibskrankheit, den Respirationskrankheiten und der Geisteskrankheit in Verbindung bringen sollte; während uns die fleissig gearbeiteten Aetiologien und die pathologisch anatomischen Befunde, Erklärungspunkte genug für die Entstehung von zahlreichen Haut-, Unterleibs-, Respirations-Krankheiten und Psychosen, unabhängig von einander bieten. Auch die concise Diagnostik von Landouzy, p. 120, überzeugt uns nicht; denn in der Mehrzahl der beschriebenen Fälle coincidiren die einzelnen Pellagra-Symptome der Zeit nach nicht mit einander und thun sie es, so sind Gründe genug vorhanden, jedes dieser Symptome auf eine besondere Ursache zurückzuführen. Die Melancholia attonita, wie sie in unseren Irrenanstalten auch vorkömmt, entspricht der als charakteristisch hingestellten Lypemanie Landouzy's. Dass er zufällig bei den von ihm beobachteten Fällen kein Stottern, keinen Grössenwahn fand, will er als unterscheidend von den gewöhnlichen Formen der Geisteskrankheiten hinstellen. Die Beobachtungen vieler italienischer Aerzte constatiren diese Symptome auch bei angeblich pellagrösen Geisteskranken, ein weiteres Argument dagegen ist es, dass ja auch bei uns die Mehrzahl der Geisteskrankheiten unter der Form der einfachen Dementia endet. Selbst in Fällen, die paralytische Erscheinungen zeigen.

Es scheint dasselbe die oben citirte permanente Commission im Auge gehabt zu haben, indem sie in ihrem ersten Rapporte sagt, die Hautkrankheit verdanke der Insolation ihren Ursprung, während den übrigen Symptomen andere Ursachen zu Grunde liegen; nur sehr schwach wird die Einheitlichkeit des Pellagra durch die Annahme der ganz hypothetischen, durch die Unterleibskrankheit bedingten Erkrankungs-Disposition der Haut gewahrt. Und warum sollten nicht im Gebiete des Pellagra vernachlässigte Hautpflege, Unreinlichkeit, Schmutz, unter Umständen Insolation, Syphilis und all' die anderen

Momente, die an anderen Orten Hautkrankheiten hervorzurufen pflegen und die wir in der Aetiologie für das Pellagra auch aufgezählt finden, hier ebenfalls denselben Effect haben? Und warum, wenn die Hautkrankheit, wie wir gesehen, der Form und Ursache nach dieselbe wie bei uns, soll sie doch noch das Symptom eines schweren Allgemeinleidens sein, das oft erst nach Jahren auftritt, dann aber dennoch ganz unter dem Bilde und den anatomischen Befunden der auch bei uns als verschiedene Organ- und Allgemeinerkrankungen vorkommenden Leiden verläuft? Wieder erinnere ich an den Typhus pellagrosus, an die Meningitis pellagrosa etc. Dass hier vielleicht häufiger als in vielen anderen Gegenden wegen des grossen Elends, dessen von allen Autoren über das Pellagra Erwähnung geschieht, wegen des damit verbundenen Genusses einer schlechten, schwerverdaulichen, häufig verdorbenen Nahrung verschiedene Unterleibsbeschwerden und all' die verschiedenen Krankheiten einer regressiven Metamorphose, vor allen Tuberculose, Scorbut etc. reichlicher vorkommen, ist kein Grund, darauf hin allein eine neue einheitliche Krankheitsspecies zu begründen, die sich durch gar nichts von den bereits bekannten, unter ähnlichen Verhältnissen auftretenden Krankheiten unterscheidet.

Auch für die so auffallende Häufigkeit der Geisteskrankheiten auf dem Areale des Pellagra ist die Annahme eines dritten pellagrösen Stadiums ohne Hautausschlag nicht eben nothwendig.

Wenn es wirklich wahr, dass jede psychische Erregung ihren körperlichen Begleiter habe, wofür uns die Schamröthe, das Erblassen beim Erschrecken, die Cutis anserina etc. ziemlich schwer wiederlegbare Beispiele sein dürften; so werden wir die moralischen Ursachen vorzüglich zur Erzeugung von Störungen in der so zart organisirten Nervensphäre, von Psychosen im weitesten Sinne, gewiss nicht unterschätzen. Wenn wir es zugeben, dass die Häufigkeit der Geisteskrankheiten hier erst in den letzten hundertfünfzig Jahren, also seit der Schöpfung des Pellagra so zugenommen, wofür es viele Anhaltspunkte in der Geschichte der Krankheiten Nord-Italiens gibt; so werden wir den vielen, auf diesem Terrain abgespielten Kriegen, der grossen politischen Erregtheit einen guten Theil

der Schuld daran in die Schuhe schieben müssen. Eine solche Wirkung unruhiger Jahre findet man in mehreren europäischen Ländern constatirt; so, um nur diess zu erwähnen, in Spanien.[1]) Eben so viel Antheil an der Hervorbringung der Psychosen haben gewiss die natürlichen Folgen des Krieges, das Elend mit seinen deprimirenden Affecten. Speciell in dem Lombardisch-Venetianischen, ein nicht zu unterschätzender Factor, sind die ungünstigen Pächterverhältnisse der dortigen Landleute, auf die schon oben aufmerksam gemacht wurde; und wo sich getäuschte Hoffnungen und nicht belohnte Mühen nur zu oft wiederholen. Es sind diess Verhältnisse, die auch nach unseren Statistiken das grösste Contingent für die Irrenanstalten stellen. Kann aber ein Irrenarzt etwas besonderes in dem von Landouzy gegebenen Type de la folie pellagreuse finden, wenn er ihn folgendermassen beschreibt: „Le véritable caractère de la folie pellagreuse, c'est, je le répète, la tristesse extrême, c'est l'obstination dans le silence est l'isolément, c'est la torpeur intellectuelle, c'est la dépression mélancolique, avec propension au suicide dans le cours ordinaire de la maladie, avec propension à l'homicide dans les exacerbations." Auf Herrn Aubert's Beobachtung, dass Maniakalische, wenn sie pellagrös werden, melancholisch werden, habe ich nur zu bemerken, dass ich in der Irrenanstalt, wo ich zu dienen die Ehre hatte, oftmaligen Wechsel zwischen Manie und Melancholie sah, wie man denn überhaupt die Manie in allen Formen der Geisteskrankheit intercurriren sieht. Was das Fieber bei verschiedenen Organkrankheiten, das ist die Manie in den Geisteskrankheiten. Die Differenz zwischen Paralysie pellagreuse und der gewöhnlichen Form von progressiver Paralyse mit Blödsinn findet Landouzy nach Brierre de Boismont darin, dass erstere in Ausnahmsfällen heilt, letztere nicht. Aber auch dieses Factum müssen wir bestreiten, da in seltenen Ausnahmen auch letztere nicht fortschreitet, ja heilt. Meine Collegen in der Prager Irrenanstalt werden sich eines solchen Falles aus dem Jahre 1856 bei einem Pferdehändler erinnern. — Auch der

---

[1]) Trelles, De la epidemia reinante in Madrid. Gaceta medica de Madrid. 1849.

unsichere Gang ist nichts der pellagrösen Paralyse Eigenthümliches, Schwindel, Verlust der Equilibration ebenso wenig, da diess Symptom bei gar vielen Hirnkrankheiten und Schwächezuständen vorkömmt. Rhachialgie in der Lendengegend kömmt auch bei anderen Formen von Geisteskrankheiten vor. Veränderungen in den Sinnesorganen, im Geschmack, Geruch, Gehör, Gefühl und Gesicht, Sinnestäuschungen aller Art, gehören gleichfalls zu den Cardinal-Symptomen jeder Geisteskrankheit. Die von Cazaban beobachtete Hemeralopie fand ich in zwei Frühjahren bei mehr als dreissig Geisteskranken in Prag, die gewiss nicht pellagrös waren. Unsere Behauptung, dass zwischen den einzelnen dem Pellagra zugeschriebenen Symptomen kein nachweisbarer Zusammenhang bestehe, und dass die differentesten Krankheitsprocesse unter dem Namen „Pellagra" beschrieben wurden, geht am deutlichsten aus der Betrachtung der an pellagrösen Leichen gewonnenen, pathologisch-anatomischen Befunde hervor.

Als Todesursachen fand Labus bei 100 Sectionen Pellagröser: 17 Mal Lungenhepatisationen, 10 Mal Anämie, 9 Mal Tuberculose, 5 Mal Blut-Extravasate in verschiedenen Organen, 2 Mal Pleuritis, 2 Mal Herzhypertrophie, 2 Mal Leber-Cirrhose, 2 Mal Follicular-Katarrhe, 2 Mal Typhus petechialis, 1 Mal Medular-Sarcom, 1 Mal Pericarditis, 1 Mal Lungengangrän, 1 Mal Encephalomalacie?, 1 Mal Capillar-Apoplexie. Die übrigen 34 seien an wahrem Pellagra, an den oben geschilderten Veränderuugen im Darmkanal gestorben; und zwar, um es kurz zu wiederholen, an Atrophien der Darmwandungen, der Zotten und Falten. Dass uns diese Diagnose, die die anatomische Grundlage des Pellagra sein soll, und die Labus im Ganzen 70 Mal in den 100 Leichen gestellt haben will, nicht nur mit Staunen, sondern auch, wie wir glauben, mit gerechter Skepsis erfüllt, möge mein verehrter Lehrer Prof. Engel mit folgendem Satze, den ich seiner speciellen pathologischen Anatomie entnehme, verantworten:

„Hat man schon Mühe, die Verdickung der Darmwände und ihrer einzelnen Schichten mit hinreichender Leichtigkeit und Sicherheit nachzuweisen, so gilt diess um so mehr noch von der Verdünnung derselben. Wie man beim zusammen-

gezogenen Darm die Wände oft irrthümlich für krankhaft verdickt hält, so umgekehrt bei ausgedehntem Darm. Zudem sind dünne Darmwände bei jüngeren Personen nichts anderes als eine ganz physiologische Erscheinung, und ich kenne sonach kein Mittel, eine krankhafte Verdünnung zu diagnosticiren. Am meisten vermuthet man in der Musculatur des Darms einen krankhaften Schwund, ohne es hiebei jedoch zu etwas mehr als blossen Vermuthungen zu bringen. Ebenso haben die Darmzotten, ihre Länge, Dicke und Form in der angegebenen Rücksicht schon die Aufmerksamkeit vielfach in Anspruch genommen, und so wenig sich die Möglichkeit eines krankhaften Schwundes dieser kleinen Organe, sowie jenes der Darmdrüschen in Abrede stellen lässt, so wenig diess namentlich bei älteren Personen bezweifelt werden kann, so unsicher ist doch unsere Diagnostik dort, wo es sich um die Constatirung dieses Factums in Krankheiten handelt“ [1]).

Was nun die von Landouzy so häufig gefundene und als wichtiges Sectionsergebniss hingestellte Rückenmarkserweichung betrifft, so verweisen wir auf das angeführte Citat Landouzy's, aus dem hervorgeht, dass er selbst einen solchen Befund nur mit grosser Vorsicht aufzunehmen räth. Auch in Bezug auf den Werth dieser anatomischen Diagnose kann ich Prof. Engel citiren (l. c. p. 933): „Mit grösserem Misstrauen nehme ich alle jene Fälle auf, in denen von einer allgemeinen Erweichung des Gehirns oder Rückenmarkes oder selbst von einer Erweichung grösserer Hirn- und Rückenmarksabschnitte gesprochen wird. Die leichte Veränderlichkeit namentlich gewisser Theile des Hirn- und Rückenmarkes, welche oft durch geringfügige Umstände nach dem Tode erzeugt wird, macht grosse Vorsicht zur Pflicht. Wenn man vom Hirnmarke nichts anderes anzugeben weiss, als dass es „weicher“ sei, so hat man etwas gesagt was sich nicht weiter verwerthen lässt“.

Heute ist wohl nur der mikroskopische Befund entscheidend.

Aber auch Triberti's Ausspruch: „fast alle Pellagrösen sterben an Tabes“, steigert noch unseren Zweifel an obigen

---

[1]) Specielle pathologische Anatomie von Prof. Jos. Engel. Wien 1856. S. 615.

Befunden, indem bei allgemeiner Tabes sich auch die Darmwände dem allgemeinen Schwunde nicht entziehen können. Die in anderen Organen vorgefundenen pathologischen Veränderungen zeigen ebenfalls so ganz und gar nichts Eigenthümliches, dass es mir nicht einleuchtet, aus welchem Grunde sie von den Autoren in den Specialwerken über das Pellagra angeführt werden; es wäre denn, um die Combinationen des Pellagra mit all' diesen verschiedenen Krankheiten aufzuzählen. Wir wiederholen nur, dass, wenn man die den pathologisch-anatomischen Veränderungen in der Leiche entsprechenden Symptome im Leben abstrahirt, bis auf einige subjective Erscheinungen nichts für das eigentliche Pellagra restirt. Nach allen dem gelangen wir zu demselben Schlusse, zu dem schon Frank gelangte, dass in den Leichen Pellagröser nichts für das Pellagra Charakteristisches vorgefunden werde. Eine ziffermässige Zusammenstellung ergibt, dass es zumeist Depascirungs-Zustände seien, die mit dem Pellagra einhergingen: Anämie, Tuberculose, Scorbut stehen dem Zahlenwerthe nach an der Spitze. Auch eine chemische Analyse unterstützt diese Auffassung. Dr. Roussilhe will das Blut von Pellagrösen und Chlorotischen gleich zusammengesetzt gefunden haben, nämlich verarmt an albuminoiden Substanzen.

Hier schliesst sich ganz naturgemäss Lussana's sehr wissenschaftlich gehaltene Abhandlung an, der, wenn ich ihn richtig aufgefasst habe, das Pellagra für eine allmälige Inanition hält, hervorgerufen durch die nach diesem Autor sehr unzweckmässige, fast ausschliessliche Maisnahrung. Auch Landouzy fasst den Mais als Ursache folgendermassen auf, p. 107: „. . . en envisageant le maïs comme alimentation insuffisante ou malsaine, ou même toxique . . nous le rangeons au nombre des principales causes prédisposantes de la pellagre“.

Und dieser Gedanke (der ähnlich aus unseren obigen Betrachtungen hervorgegangen, nämlich dass es meist Krankheiten einer regressiven Metamorphose seien, die mit dem Pellagra beschrieben werden), scheint der Wahrheit am nächsten zu stehen. Denn betrachten wir die Symptome der Chossat-schen Inanition, so finden wir auffallend zahlreiche Vergleichspunkte mit den Cardinal-Erscheinungen des Pellagra. Folgendes Excerpt aus der Schilderung der Inanition nach

Moleschott möge blos die angedeuteten Aehnlichkeiten hervorheben [1]).

„Die kalte, trockene Haut ist blass und welk. Sie ist ausserdem gerunzelt. Die Bindehaut des Auges ist trüb, die Pupille weit. Der Mund ist trocken, seine Schleimhaut geschwollen, die Zunge, meist nicht belegt, verräth durch ihre Röthe einen nicht selten vorhandenen Reizungszustand der Magenschleimhaut, der zu Magenschmerzen, Uebligkeit und zuweilen zu hartnäckigem Erbrechen führt. In den ersten Zeiträumen ist die Darmschleimhaut trocken, der Stuhlgang träge, gegen Ende stellt sich häufig erschöpfende Diarrhöe ein. Die ausgeathmete Luft hat einen sehr unangenehmen säuerlichen Geruch, und weil sie weniger Wasserdampf enthält, verursacht sie die Empfindung von Hitze, indem sie die ohnehin schon trockene Mundhöhle noch mehr der Flüssigkeit beraubt. Der Speichel wird klebrig und salzig. Die Verstimmung des Geistes äussert sich zunächst durch eine gesteigerte Reizbarkeit, so dass Eindrücke, welche die Sinneswerkzeuge treffen, unangenehme, ja schmerzhafte Empfindungen verursachen. Alle Bewegungen des geistigen Lebens sind beeinträchtigt, die Aufmerksamkeit lässt sich nicht spannen, wird durch Sinnestäuschungen verwirrt, das Urtheil ist getrübt, und was vom Gehirn empfangen wird, prägt sich kaum dem Gedächtnisse ein. In den schlaflosen Nächten werden die Gepeinigten allmälig von Unruhe befallen, in der sie sich in verworrenen Vorstellungen redselig ergehen. Am deutlichsten macht sich die Erschöpfung in den Muskeln bemerkbar. Der Tod kann in einer Ohnmacht erfolgen, aber häufig gehen ihm Krämpfe und rasende Delirien voran.

Nach dieser Auffassung Lussana's und nach der frappanten Identität der Symptome ist Pellagra allmälige Inanition und wir müssten dann die in sehr verschiedenen Gegenden und unter sehr verschiedenen Nationen vorkommenden Krankheiten einer ungenügenden Ernährung im weiteren Sinne das „Mal' della miseria“ oder präciser, die nach individuellen Dispositionen sehr verschiedenen „Mali della miseria“ als

---

[1]) Physiologie der Nahrungsmittel von Moleschott. 2. Aufl. 1859. S. 175 etc. Erscheinungsweise der durch Inanition bedingten Erschöpfung.

Pellagra bezeichnen. „Car, si quelque chose pouvait être impunément exagérée dans la science, ce serait assurément le danger de la misère, de l'insalubrité et d'une alimentation insuffisante ou altérée . . . .“ Landouzy will diess nicht in dieser Ausdehnung gelten lassen, weil er und auch andere Autoren Pellagra (wenn auch nur wohl sehr in der Minderzahl) bei ziemlich wohlhabenden und unter guten Verhältnissen Lebenden vorfand.

Einigermassen erschüttert wird diese seine Negation durch die Einwürfe, die er sich selbst und auch Anderen machte, p. 108: „. . . on peut être riche et avare, on peut avoir toutes les apparences d'une excellente hygiène et user d'une mauvaise nourriture; on peut avoir à la campagne, tout en paraissant dans l'aisance, une alimentation trop peu variée et bornée surtout au lard rance, au pain de farine avariée etc.“

Gazailhan, der gleichfalls die elenden Verhältnisse der Bauern, eigentlich Pächter, schildert, sagt in einem Briefe an Landouzy, p. 109: „Les colons et ceux qui vivent à leur manière ont seuls la pellagre: tous les individus qui vivent comme les gens aisés sont complétement épargnés par la maladie. Pour que la pellagre se produise, il faut donc deux choses: la misère et l'insolation. Sans alimentation défectueuse ou du moins insuffisante pas de pellagre, et sans insolation pas d'érythème caractéristique de cette affection.“

Doch führt er schliesslich seine Fälle, welche diess widerlegen, an.

Der Einfluss der Sonne auf die cutanen und auch auf die nervösen Symptome scheint Landouzy festzustehen, ja er erzählt Fälle, wo diese Schädlichkeit die Geisteskrankheit oder den epileptischen Anfall hervorrief (also auch Epilepsie ist Pellagra). Er stellt die Möglichkeit, dass die Digestivsymptome durch dieselbe Ursache veranlasst und verschlimmert werden, auf. Doch auch Insolation ist er so billig nicht für die ausschliessliche Pellagra-Erzeugerin zu halten, weil die viel kräftigere Augustsonne nicht denselben Effect hat, und die Sonne ist nur eine Gelegenheitsursache für Disponirte zum Ausbruche aus dem Zustande der Latenz.

Von der Erblichkeit meint er, dass sie ein allgemeines Gesetz sei und dass auch die Erkrankungs-Dispositionen dem-

selben unterlägen. Die Uebertragung geschähe häufiger durch die Mutter als durch den Vater; von der Mutter auf die Töchter, vom Vater auf die Söhne.

Erst Baillarger, dann Billod fanden die Beziehung zwischen Pellagra und Geisteskrankheit.

Wichtig ist das von Billod beobachtete Factum, dass in Sainte-Gemmes das Pellagra „a envahi le quartier seul des indigents, où l'alimentation laisse nécessairement à désirer, en épargnant complétement le quartier des pensionnaires, où le régime est comfortable; et que, d'une autre part M. Billod, ayant substitué pendant une année une ration quotidienne de vin à la ration hebdomadaire, n'a pas observé un seul cas de pellagre . . . L'année suivant, le vin étant devenu plus cher et limité à la ration réglementaire, la pellagre reparut, et on en compte aujourd'hui 18 cas dans l'établissement."

Das dieser Annahme zufolge Unerklärliche des Auftretens des Pellagra in einem nur so engen Gebiete bemüht sich Lussana durch die nach ihm ganz eigenthümlichen, nur im Pellagra-Areale vorkommenden Verhältnisse uns begreiflich zu machen. Er behauptet, dass in diesem Gebiete allein der Maisgenuss ein so ausschliesslicher sei und begegnet dem Einwurfe, dass der Mais seiner chemischen Zusammensetzung nach ein vorzügliches Nahrungsmittel sei, damit, dass die Entstehung des Pellagra vorwaltend dem Missverhältnisse zugeschrieben werden müsse, welches zwischen plastischen und Respirations-Stoffen in der Maisnahrung besteht.

Betrachtet man aber frei von den Vorurtheilen einer Lieblingstheorie den Mais, so findet man, dass er im Vergleiche mit der Kartoffel (die gewiss das eben so ausschliessliche Nahrungsmittel der Landleute vieler vom Pellagra immuner Gegenden ist) einen weit grösseren Nahrungswerth und ein geringeres Missverhältniss zwischen stickstoffhältigen und stickstofflosen organischen Bestandtheilen darbietet. Fette auf Fettbildner reducirt, verhalten sich die plastischen organischen Bestandtheile im Mais zu den Respirationsstoffen, wie annähernd 1 : 10, während bei der Kartoffel sich das Verhältniss wie 1 : 13 darstellt. Uebrigens ist nach den eigenen Angaben Lussana's

Mais [1]) durchaus nicht das ausschliessliche Nahrungsmittel des lombardischen Landmannes, sondern er gibt selbst nebst Polenta oder Maisbrod noch folgende Speisen als häufig gebraucht an: Suppen mit Speck oder Oel, Hülsenfrüchte, gekochte Gemüse, Reis, Haidekorn (Polygonum fagopyrum), Früchte, Zwiebel, Knoblauch etc. Dass eine vernünftige Combination aller dieser Stoffe, zu denen noch Belloti Milch und Käse hinzufügt, in jeder Beziehung einen vollkommenen Stoffersatz gewähren könne (natürlich im Vereine mit den nicht fehlenden Salzen), das wird Niemand läugnen, der die Elementaranalysen dieser Stoffe eines Blickes würdigt. Auf das Fehlen von Pellagra in Gegenden, wo der Mais gewiss in derselben Ausschliesslichkeit gegessen wird, wurde schon oben hingewiesen, und auch für das Pellagra-Areale Frankreichs gilt dasselbe: „C'est une erreur de croire que le maïs entre notablement dans le régime alimentaire du paysan des Landes; ce qu'ils appellent cruchade, escanton, millasse, n'est le plus souvent qu'un gâteau de bouillie épaisse, fait avec de la farine de millet ou de panis, tandis que celle de maïs est réservée à de meilleures tables; et la raison en est bien simple, c'est qu'on ne l'y récolte pas; et comme son prix est ordinairement assez élevé, peu de cultivateurs des Landes sont en état d'en acheter. D'un autre côté, le peu de maïs qui se récolte dans les Landes qui avoisinent la Teste-de-Buch, et dans lesquelles règne la pellagre, est porté dans cette petite ville, où il est consommé. C'est là que j'ai pu surtout rechercher le verderame; je l'ai rencontré en assez grande quantité dans plusieurs greniers et, chose remarquable, jamais un seul cas de pellagre n'à été observé à la Teste.“ G. Hameau p. 52.

Der Vergleich des Pellagra mit der Raphanie blieb bisher eben so hypothetisch. Ballardini's und Lombroso's Experimente mit solchem verdorbenen Mais bewiesen nur, dass derselbe nicht zur Ernährung geeignet sei und selbst deletäre

[1]) In vielen Gegenden des Banates und der Militärgrenze, wo sich nach allen Berichten kein Pellagra vorfindet, bildet Mais eine eben so grosse Quote der Nahrung wie im Lombardisch-Venetianischen.

Zufälle hervorzubringen vermöge; sie haben jedoch bei ihren Experimenten durchaus kein Pellagra erzeugt.

Auch mit der Insolation hat Gherardini Versuche angestellt und gefunden, dass die Sonne ein Erythem an allen unbedeckten Körperstellen, Symptome der Hirnreizung, darunter natürlich auch Erbrechen, hervorzurufen vermöge; ist das vielleicht das auf ein so enges Gebiet gebannte Pellagra? Ueber das Pellagra bei Säufern nach Santo habe ich nicht viel mehr zu erwähnen, als dass ein zufälliger Hautausschlag mit dem hier habituellen Katzenjammer uns die Symptome des Pellagra aus dem ersten und zweiten Stadium liefert, während das Delirium potatorum uns das dritte pellagröse Stadium repräsentiren muss [1]).

Das, was ich oben von der Ansicht der Autoren über Wesen und Natur des Pellagra mitgetheilt, ist an und für sich Quodlibet genug, um keiner weiteren Illustration zu bedürfen; es leuchtet auch daraus hervor, dass die einzelnen Autoren sehr verschiedenartige Leiden vor Augen hatten.

Selbst ex juvantibus und nocentibus lässt sich schliesslich dieser Satz erhärten. Die Minderzahl empfiehlt gegen das Pellagra schwächende Methoden, die Meisten finden in Bädern und Roborantien, in der Hebung des Elendes die vorzüglichsten Mittel zur Bekämpfung dieses Leidens. Strambio glaubt, das Pellegra sei nie radical heilbar; Santo dagegen hält selbst gegen hereditäre Anlage zum Pellagra Thätigkeit, gesunde Nahrung und gute Sitten für das sicherste Präservativ. Cerri nährte zehn Pellagröse durch ein Jahr gut, und im künftigen Frühjahre zeigten sich keine pellagrösen Erscheinungen.

Dass hier so entgegengesetzte Methoden nützlich befunden wurden, bestärkt uns nur wieder darin, was wir auch aus eigener Anschauung fanden, dass nämlich sehr differente Leiden als Pellagra behandelt wurden. Es kann dafür auch noch angeführt werden, dass mit der Verallgemeinerung grösserer diagnostischer Genauigkeit und dem Seltenerwerden ontolo-

---

[1]) Einen ähnlichen prägnanten Fall mit einem alle Frühjahre exacerbirenden Eczem an beiden Handrücken hatte ich in Prag zu sehen Gelegenheit.

gischer Anschauungen auch das Pellagra immer spärlicher vorgefunden werde. Also auch aus der Therapie geht es hervor, dass sehr verschiedene Leiden, meist jedoch die Krankheiten der Noth und des Elendes, als Pellagra bezeichnet wurden.

Dass die Symptome des Pellagra, oder wie wir es bezeichnen, des „Mal de la miseria", besonders im Frühjahre auftreten, was in Wirklichkeit das Charakteristischeste dieser Erkrankungen sein dürfte, wird uns gar nicht Wunder nehmen, wenn wir bedenken, dass zu dieser Zeitepoche das Elend seinen natürlichen Culminationspunkt findet.

Die Vorräthe des Winters sind aufgezehrt, der Hunger und Heisshunger stellen sich ein, der Magen wird mit den unverdaulichsten Substanzen überladen, es treten Appetitlosigkeit und gastrische Symptome auf. Der Schmutz und die Unreinlichkeit erreichen ihren Höhepunkt, die Haut reagirt mit verschiedenen Ausschlagsformen dagegen. Dass Hunger, Noth und Verdauungsbeschwerden als deprimirende Affecte wirken können, wer wird diess leugnen? — die Psychopathie vervollständigt sodann das Pellagrabild.

Blicken wir auf das zurück, was wir von dieser Endemie, ihrer Geographie und Geschichte, ihrer Aetiologie, ihrer Symptomatologie, pathologischen Anatomie und Therapie gesagt, so finden wir:

1. dass zahlreiche Haut-, Unterleibs- und Geisteskrankheiten, sowie Krankheiten einer regressiven Metamorphose, Scorbut, Tuberculose überall vorkommen, wo man das Pellagra gefunden haben will;

2. dass jedoch alle diese Krankheiten durchaus keine localen Eigenthümlichkeiten zeigen;

3. dass dieselben Ursachen ihre Entstehung verdanken, die auch an anderen Orten bestehen und ganz dieselben Wirkungen hervorrufen, und dass es zu ihrer Erklärung keiner specifischen Ursachen bedarf;

4. dass die verschiedenen oben genannten Krankheiten in keinem Zusammenhange unter einander stehen, und wie überall, so auch hier in den mannigfachsten Combinationen auftreten. Und somit auch

5. in Anstalten für Geisteskranke, die bis vor Kurzem nicht überall die besten hygienischen Verhältnisse zeigten, ebenfalls nicht fehlen. Dass die genannten Erkrankungen

6. hier sogar häufiger auftreten, als an anderen Orten, wird Niemand Wunder nehmen, dem der schwer zu besiegende Hang zu Schmutz und Unsauberkeit und schädlichen Speisen der meisten Geisteskranken bekannt ist. Und ich habe mir

7. durch meine Studien in der Venetianer Irrenanstalt die sichere Ueberzeugung geschafft, dass eben so oft die zufälligen Erkrankungen von Haut- und Unterleibsorganen der Geisteskrankheit vorausgehen, als sie ihr folgen, und dass diese Complicationen nachweisbar nur von den individuellen Verhältnissen abhängen;

8. dass es der Mehrheit nach jedoch die verschiedensten durch Noth und Elend veranlassten Krankheiten, ganz die überall vorkommenden „Mali della miseria" seien, die als Pellagra aufgefasst wurden;

9. dass somit das Pellagra als ein einheitlicher, eigenthümlicher, nur auf einem beschränkten Areale vorkommender Krankheitsprocess nicht existire;

10. dass die pathologische Geschichte der Raphania maisitica, wenn sie als selbstständige Krankheit existirt, erst noch geschrieben werden muss; sie hat jedoch mit dem Pellagra nichts gemein.

Zur Behandlung syphilitischer Knochenaffectionen.

Von
Dr. Schuster in Aachen.

(Hiezu Tafel III.)

Während man in noch nicht zu lange vergangener Zeit die syphilitischen Erkrankungen des Knochensystems als den späteren Stadien der Syphilis angehörig ansah, wissen wir heute, dass dasselbe auch schon in der ersten Zeit der secundären Symptome mit befallen werden kann. In solchen Fällen sehen wir freilich im Allgemeinen das Periost mehr entzündet, während das Knochengewebe mehr in den späteren Stadien der secundären Periode befallen wird.

Für die Gummabildungen scheint das Knochensystem vor den anderen Geweben und Organen nichts voraus zu haben.

Eine Frage hat die Aerzte und das syphilitische Publikum sehr beschäftigt, nämlich die, in wie weit Knochenerkrankungen bei Syphilitischen von der eingeleiteten Mercurialcur abhängig seien. Was die frühzeitige Periostitis und Ostitis in dieser Beziehung betrifft, so habe ich in zwei Fällen aus meiner Praxis der letzten Jahre schon bald nach dem Auftreten der manifesten specifischen Infection grosse Auftreibung des Scheitelbeins resp. Stirnbeins eintreten sehen. In dem ersten Falle sass die Induration an der Oberlippe und betraf eine Frau; in dem andern Falle am Praeputium; hier war nach einer Durchnässung durch Regenschauer des andern Tages die Periostitis ossis frontis da. In beiden Fällen war die mercurielle Behandlung erst kurze Zeit eingeleitet (acht bis zwölf Tage).

In einem dritten Falle (bei einem Patienten mit tuberculöser Anlage) hatten sich spontan d. h. ohne irgend welche medicamentöse Cur neben der Induration klein maculöses Syphilid, Acne capitis, Papulae der Fauces, Vereiterung der

Inguinaldrüsen und Priostitis an der linken Tibia entwickelt und bestanden zur selben Zeit. In einem vierten Falle bildete sich vor der medicamentösen Behandlung neben grosser Induration am Dorsum penis, grossfleckigem Syphilid, Drüsenanschwellungen eine Periostitis der äusseren linksseitigen Orbitalhöhlenwand aus mit Deviation des Bulbus. In allen diesen Fällen schwanden hier in Aachen nach einer durchgeführten Thermal- und Mercurialcur die Periostitiden. Auch verschiedene andere ähnlich verlaufene Fälle veranlassen mich zu der Behauptung, dass die mit den ersten Symptomen der Syphilis sich einstellenden Periost- und Knochenaffectionen mit jenen auf eine gut durchgeführte Mercurialcur verschwinden.

Es muss demnach als unzulässig abgewiesen werden die Ansicht, dass Mercurgebrauch die Tendenz des Knochengewebes früh zu erkranken begünstige oder gar hervorrufe.

Dagegen erhebt sich in der neuesten Zeit immer wieder die Ansicht, dass Mercurgebrauch bei früher Syphilis ihre späteren bösen Formen schaffe. Auf das Knochengewebe angewandt bedeutet dies die ulcerös-sphacelösen auf Periost und Knochen bis zu dessen Nekrosirung vordringenden Haut- und Schleimhaut-Affectionen, sowie die im Periost und Knochen selbst sitzenden Entzündungen und Gummata mit den Folgen ihres Zerfalles.

Es ist gewiss wünschenswerth, über die schädlichen Einwirkungen des Mercurs auf die Gewebe einmal positive Thatsachen zu erhalten. Bis jetzt fehlen solche, trotzdem seit der Arbeit Kussmaul's über Mercur bereits vierzehn Jahre vergangen sind.

Wenn wir auch bei manchen multiplen schnell brandig werdenden Affectionen der Haut und Schleimhäute an eine Erkrankung der Blutgefässe denken könnten, so giebt dies um so weniger einen Anhalt für die Einwirkung des Mercurs auf die Gefässwandungen, als in der neuesten Zeit die luetische Erkrankung der Blutgefässe genau constatirt worden ist (Heubner). Es musste demnach mindestens eine offene Frage bleiben, in wieweit die frühzeitige Anwendung des Mercurs bei Syphilis Veranlassung zu den deletären Formen überhaupt und denen des Knochensystems insbesondere giebt. Thatsächlich aber werden

wir gar häufig den deletären Formen mit der Aufgabe sie zu heilen gegenübergestellt.

Knochenaffectionen ernster Art sehen wir gerne in dem ulcerösen Stadium der Syphilis; es können hier ebensowohl die Extremitäten- als die Kopf- und Gesichtsknochen (namentlich die Nasenknochen in Mitleidenschaft gezogen werden. Von dem Augenblicke ab, wo wir auch in solchen Fällen mit Mercurialcuren Erfolg haben, muss nothwendigerweise die im Allgemeinen hingestellte Behauptung der Schädlichkeit des Merkurs für solche specielle Fälle aufgegeben werden. Es wäre ja gar merkwürdig, wenn dasselbe Mittel, welches Veranlassung zur Entstehung von Krankheitssymptomen gegeben hätte, dieselben auch wieder heilen könnte.

Aber auch wenn specifische Curen die Zerstörung, welche syphilitische Producte machen, nicht aufhalten, so folgt daraus weniger ihre Schädlichkeit als wie ihre Unzulänglichkeit für solche Fälle. Ich erinnere hier an die Gummata der Nasenrachenhöhle, die oft in der acutesten Weise die Nachbarschaft durchbohren, die Schwellungen der Kehlkopfsknorpel und andere Formen, denen mehr mit dem harten Eisen oder dem Aetzstifte, als dem weichen Mercur entgegengetreten werden muss, um ihr gefährliches Fortschreiten zu hemmen.

Dieselbe Anschauung muss für die Erkrankungen des Knochensystems in Bezug auf allgemeine Behandlung behauptet werden. Dass hier ohne operative Eingriffe gar oft eine specifische allgemeine Behandlung nutzlos ist oder wenig erzielt, wird in der neuesten Zeit von gewichtigsten Stimmen überzeugend hervorgehoben. (Volkmann u. A.)

Ich erlaube mir folgende zwei hiehergehörige Fälle von Knochenerkrankung aus meiner Praxis anzuführen, die gleichzeitig beweisen dürften, dass die gegen sie vorgenommenen Mercurialcuren nicht schädlich gewirkt haben, auch nicht in Bezug auf den Verlauf, resp. die Folgen der hiebei vorgenommenen Operationen.

1. Fall. Caries necrotica der Crista scapulae dextrae. Auftreibung des Sternalansatzes der Clavicula. Grosse Cubitaldrüse. Abmeisselung. Frictions- und Thermalcur. Wiederholte Abmeisselung und Heilung.

Herr St., 26 Jahre alt, stellte sich mir am 22. October 1874 zum ersten Male vor.

Patient hat sich im Jahre 1868 inficirt. Es trat angeblich erst im folgenden Jahre specifische Halsaffection ein, die auf vierundzwanzig Mercureinreibungen heilte. Im folgenden Jahre zeigte sich wieder eine Halserkrankung, die auf Jodgebrauch heilte. Patient blieb gesund bis zum Jänner des Jahres 1874. In diesem Monate bildete sich ein grosses Geschwür am rechten Unterschenkel, es trat heftiges Reissen in den Gliedern, Entzündung in den Gelenken auf; es entwickelte sich eine entzündliche Schwellung in der rechten Schulter. Es wurden Mercurpillen verordnet. Die Schwellung öffnete sich von selbst. Erst vor neun Wochen kam ein Knochenstückchen aus der Schulter heraus. In der letzten Zeit hat Patient Jod genommen.

Stat. praes. Patient ist von mittlerer Grösse, kräftigem Körperbau, sieht blass und eher abgemagert aus. — Weisse grosse Narbe an der Tibialhaut des rechten Unterschenkels. Grosse linksseitige Cubitaldrüse. Am rechten Sternalansatz der Clavicula leicht schmerzhafte Anschwellung. An der rechten Schulter längs der Crista scapulae eine rothe fast handtellergrosse zerklüftete Stelle, deren narbige Vertiefungen Eiter absondern. Obzwar man mit der Sonde nicht sogleich auf Knochen stösst, fühlt man durch die Haut Crepitation rauher Knochenstücke. — Bronchialcatarrh. —

Man musste hier noch ein Fortbestehen der Syphilis annehmen; es war aber offenbar, dass die Eiterung des Knochens nicht auf eine specifische Cur heilen konnte. Nothwendigerweise musste die Caries necrotica operativ behandelt werden.

Durch einen Längsschnitt wurde der kranke Knochen unter Chloroformnarkose zugängig gemacht, mehrere nekrotische grössere Stücke entfernt und die rauhen Flächen des Knochens abgemeisselt, dann die Lister'sche Wundbehandlung durchgeführt. Jedoch gesunde Knochengranulationen blieben aus; die Wunde schloss sich bis auf einen Fistelgang, der auf freie Knochenfläche führte.

Es wurden jetzt in Anbetracht der Cubitaldrüse, der Clavicularschwellung und des wahrscheinlich fortbestehenden specifischen Processes in dem Schulterknochen unter dem Gebrauche der hiesigen Thermen vierzig Frictionen gemacht, welche Patient gut ertrug.

Die Cubitaldrüse wurde klein, die Clavicularschwellung schwand, die Scapula jedoch blieb cariös.

Patient reiste Weihnachten zu den Seinigen, kam aber nach einer längeren Geschäftsreise im Februar 1875 wieder in meine Behandlung. Der Status war unverändert wie bei seiner Abreise im December. Man konnte hier eine spontane Abgrenzung des Cariösen abwarten oder aber musste wiederholt die Abstossung selber vornehmen. Ich entschloss mich zu letzterer und veranlasste Herrn Dr. Bardenheuer, dirigirenden Arzt der chirurgischen Abtheilung

am städtischen Krankenhause zu Cöln, die Abmeisselung vorzunehmen. Derselbe führte sie mit seiner schnell bekannt gewordenen Geschicklichkeit aus.

Die Nachbehandlung bestand in der örtlichen Anwendung der rothen Praecipitatsalbe nebst Cataplasmen; unter dem Mitgebrauch der Thermalbäder bildeten sich gesunde Knochengranulationen; es stiessen sich noch einzelne feine Knochenlamellen ab und in nicht ganz vier Wochen war die Wunde vollständig geheilt, der Knochen mit eingezogener Narbe überhäutet. Patient blieb den grössern Theil des Sommers zum Fortgebrauch der Thermen hier und nahm an Körpergewicht bedeutend zu. Ein Sturz vom Pferde auf die früher kranke Schulter hatte keine nachtheiligen Folgen. Herr St. reiste befreit von seinem Leiden nach seinem Wohnort zurück.

Entweder hatte in diesem Falle die erste Operation nicht ausreichend krankes Knochengewebe weggeräumt, oder aber, was ich für wahrscheinlicher halte, die darauffolgende Frictions- und Badecur hatten günstige Bedingungen zur Heilung in dem kranken Knochen geschaffen. Thatsächlich hat die Mercurialcur auf den Verlauf der späteren Eingriffe und der Heilung nicht nachtheilig gewirkt.

Der 2. Fall betrifft eine Ozaena syphilitica. Abendliches Fieber. Antipyrese. Jod-Quecksilbercur nebst Bädern. Entfernung der nekrotisch-cariösen Knochen. Heilung. Recidiv unter denselben Erscheinungen. Wiederholte antipyretische Mittel. Frictionscur. Jodinhalationen. Gewaltsame Entfernung der Knochen. Heilung ohne Einsinken der Nase.

Herr A. S., 23 Jahre alt, stellt sich am 5. Mai 1875 vor. Er hat vor zwei Jahren Typhus mit Pneumonie durchgemacht. Im Jahre 1874 inficirte er sich; bekam alsbald eine Calomelcur verordnet; sechs Wochen nach deren Beendigung traten Ulcera am linken Arme und in der Kniekehle auf; nach einer jetzt vorgenommenen Frictionscur schwanden die Geschwüre. Anfangs Februar zeigte sich der Hals afficirt, wesshalb wieder Frictionen vorgenommen wurden, im Ganzen achtzig. Während dieser Frictionscur soll Caries der Nase eingetreten sein, und seien mehrere Knochenstücke bereits abgegangen.

Stat. praes. Verpestender Geruch aus der Nase. Dicke, braune Borken, nach deren Entfernung tiefe stark eitrig secernirende Ulcera sich vorfinden. Verlust des Knorpelseptums. Blosliegende Knochen. — Der linke Bulbus scheint etwas vorstehend, Conjunctiva bulbi leicht ödematös; beim Nasenschneuzen, ja beim Durchfahren mit den Fingern durch die Haare Schmerzen in der linken Kopfhälfte. Bei der Berührung der hochliegenden erkrankten Knochen der Nase

mit der Sonde entsteht in Folge Schmerzeindruckes ein Ohnmachtsanfall. — Milz vergrössert. Cervicaldrüsen. — Urethralfistel in der Gegend des Frenulums. Orific. urethr. verengt, umgeben von hartem Gewebe. Morgentemperatur 37,2^0, Nachmittags 38,5^0. Puls 108.

Der Nachmittagsfieberstand dauerte bis zum 4. Juni und war die ersten zwölf Tage bis zum 20. Mai regelmässig des Nachmittags gegen 5 Uhr von einem Schüttelfrost eingeleitet. Von diesem Tage ab ging die Temperatur allmälig von 38^0 bis auf 37^0 herab.

Anfangs wurde, neben Bädern des Morgens zu nehmen, innerlich Jodpillen verordnet. Alle zwei Tage Nachmittags antipyretische Chinindosis, wonach die Temperatur auch des folgenden Tages, bis auf 37·5^0 fiel.

Am siebenten Tage der Cur wurde wegen des bestehenden syphilitischen Fiebers, deutlicher Periostitis der linken Schädelhälfte, heftiger Kopfschmerzen mit Brechneigung, die sich auch des Morgens wiederholte, gleichzeitig die Frictionscur begonnen, und zwar wurde jeden zweiten Tag eine Einreibung gemacht von 4,00 Ungt. ciner. Oertlich wurde neben fleissiger Anwendung der Nasendouche mittels des Thermalwassers die Nasenhöhle von den festklebenden Borken instrumentell täglich entfernt; die blosliegenden Knochen wurden mit einiger Gewalt gelockert und entfernt und zwar in verschiedenen Sitzungen, einzelne der Knochen mussten behufs leichter Herausnahme in der Nase zerbrochen werden.

Die beifolgende Zeichnung gibt auf der obern Hälfte die bis zum 6. Juli entfernten Knochenstücke photographisch in natürlicher Grösse wieder. Von diesem Tage ab war die Nasenhöhle von entblössten Knochen frei. Man sieht nur noch verschiedene Schleimhautgeschwüre, die dem energischen Cauterisiren weichen. Es wurden im Ganzen bis zum 12. Juli vierzig Frictionen gemacht. Der üble Geruch war beseitigt, dagegen bestand noch schleimig-eitrige Absonderung der geschwellten Schleimhaut.

Patient reiste in seine Heimat zurück, trat aber am 15. September mit schlimmerer Ozaena wieder in meine Behandlung.

Es fanden sich nach Entfernung der fötiden Eiterborken die tief und hochliegenden Nasenknochen entblösst. Knochenschmerzen um das linke Auge, Empfindlichkeit der Kopfhaut. Abendtemperatur 39·2^0. Schlaflosigkeit.

Gegen das abendliche Fieber wurde vom 15. bis zum 21. September dreimal Chinin zu 1·0 resp. 1·5 Gramm gegeben. Als nach der zweiten Dosis des andern Tages die Temperatur Abends auf 39·7^0 stieg, wurden Frictionen, alle zwei Tage vorzunehmen, und Jodkali innerlich verordnet. Die hiesigen Thermalbäder wurden erst nach Beseitigung des Fiebers verordnet. Vom 21. September ab stieg die Temperatur nur noch ein Mal auf 38·2^0, fiel dann Abends auf 37·7^0, um vom 3. October ab normal zu bleiben.

Gegen den örtlichen Process wurde wie früher verfahren. Täglich wurde die Nasenhöhle dem Auge mittels des Rhinoskopes zugängig gemacht, alle Borken und Eiterdecken entfernt, die blosliegenden Knochen mit stumpfen Instrumenten loszudrücken und mit der Zange zu entfernen gesucht. So wurden in verschiedenen Sitzungen fast ohne Blutung die Knochen entfernt, deren Abbildung in der untern Abtheilung der Tafel photographisch in natürlicher Grösse wiedergegeben ist. Die namentlich rechts und oben nach dem Oberkiefer hin befindlichen Ulcera wurden mit dem Lapis zerbohrt. Auch wurden diesmal nach jeder Nasenreinigung Jodinhalationen vorgenommen.

Der Geruch stellte sich beim Patienten wieder ein, die Kopfschmerzen verschwanden. Die Nase blieb, trotzdem bis Ende December im Ganzen fünfzig Frictionen gemacht waren, bis heute, Ende Januar, frei von neuen Zufällen. Das Allgemeinbefinden ist recht gut. Patient unterzieht sich jetzt der Operation seiner Urethralfistel. Die Form der Nase ist in keiner Weise gegen früher verändert, trotzdem der Vomer fehlt.

Vielleicht veröffentliche ich diesen äusserst günstigen Verlauf zu früh; möglicher Weise sinkt mit der Zeit auch ohne neue Erkrankung der Nasenknochen die Nase ein [1]).

Es lässt sich aber schon Folgendes aus dem zunächst sehr günstig zu nennenden Verlaufe schliessen:

Das Fieber war nicht vom Reize der blosliegenden Knochen allein abhängig. Ersteres hörte auf, als die Abgrenzung todter Knochenmassen noch vor sich ging. Man darf vielleicht annehmen, dass mit dem Aufhören des Fiebers auch die Begrenzung des örtlichen Krankheitsprocesses beginnt. Ekthyma-Fälle, mit denen abendliches Fieber und Geschwürsbildung der Nasenschleimhaut, die den Knochen bloslegte, einherging, schienen mir auch für diese Ansicht zu sprechen. Man muss demnach der specifischen allgemeinen Cur einen günstigen Einfluss auf das Fieber belassen.

Hat das schon bald nach der ersten Mercurialcur auftretende Recidiv seinen Grund in dieser Cur selber? Wohl sicherlich nicht. Denn die Heilung geht auch das zweite Mal unter dem Mitgebrauch des Mercurs vor sich.

Wir dürfen daher schliessen: Mercurielle Curen sind bei zur Caries neigenden syphilitischen Knochenaffectionen im All-

---

[1]) Ist nach fünf weiteren Monaten nicht geschehen (da weder der knöcherne Nasenrücken, noch das Knorpelgerüst gelitten hat).

gemeinen nicht contraindicirt. Sie sind vielmehr in nicht stürmischer Weise eher als nützlich anzusehen. Bei gleichzeitigem syphilitischem Fieber tragen sie zu dessen Beseitigung wesentlich bei. Letztere erscheint geboten durch gleichzeitige Anwendung antipyretischer Mittel, wie Chinin, Salicin, namentlich aber des salicinsauren Natrons. Zur Heilung der örtlichen Krankheitsprocesse ist aber die aufmerksamste örtliche Behandlung nöthig, namentlich darf man nicht mit der Entfernung der cariösen Knochenmassen zögern, will man ein gutes Heilresultat erzielen. Eine mercurielle Behandlung hat in dieser Beziehung keinen nachtheiligen Einfluss.

Ich schliesse hieran die Erwähnung zweier mir in der letzten Zeit zugänglich gewordenen Arbeiten der neuesten Zeit, die auf die Behandlung ulceröser und cariöser, sowie gummöser Processe von weitgehendster Bedeutung sind.

In erster Reihe sind dies die äusserst wichtigen Veröffentlichungen Richard Volkmann's über chirurgische Behandlung der Syphilis in seinen Beiträgen zur Chirurgie, worauf ich hiemit mit der grossen Hochachtung, welche sie abzwingen, verweise, aber auch mit dem grossen Vergnügen, welches diese Veröffentlichungen mir namentlich auch in Bezug auf Behandlung der Ozaena specifica gemacht haben.

Die gewaltsame Ausräumung der Nase mittels des scharfen Löffels, die Volkmann empfiehlt, scheint hier auch in den Fällen von begleitendem Fieber nicht als contraindicirt angesehen zu werden.

Untersuchungen über den Nachweis des Quecksilbers in der Frauenmilch während einer Einreibungskur mit grauer Salbe.

Von

Dr. Eduard Klink,

Assistent an der Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis in Warschau.

Die Frage, ob das Quecksilber beim innerlichen oder hypodermatischen Gebrauche sowie bei äusserer Einreibung der grauen Salbe in der Milch der stillenden Frauen nachweisbar sei, wird von der Majorität der Forscher als noch unaufgeklärt betrachtet, während die Minorität sie als positiv gelöst ansieht. Aus diesem Grunde unternahm ich eine Reihe von Untersuchungen der Milch einer syphilitischen Frau, die ihr eigenes, ebenfalls syphilitisches Kind stillend, der Einreibungscur mit grauer Salbe unterworfen war.

Den 22. Januar 1874 wurde, aus der Provinz kommend, in die Abtheilung für syphilitische und Hautkrankheiten des S. Lazarus Hospitales eine gewisse Josefine W., 27 Jahre alt, verheiratet, Arbeiterin, nebst ihrem 9 Monate alten Kinde aufgenommen.

Die Diagnose der Syphilis bei der Mutter wurde folgendermassen gestellt: Papulöser Hautausschlag auf den äusseren Decken der Brust, des Leibes, des Nackens und des Rückens, breite Condylome auf den grossen Schamlippen und rings um den After, Anschwellungen der Lymphdrüsen des Halses, der Ellenbogen- und Leistendrüsen. Es wurden Einreibungen von täglich einer halben Drachme grauer Salbe verordnet. Die Kranke bekam 25 Einreibungen. Den 27. Februar verliess Josefine W. das Hospital. Beim Kinde bemerkte man keine Spur der Hautaffection, aber auf den grossen Schamlippen und rings um den After ulcerirte breite Condylome nebst Anschwellung der

Hals- und Leistendrüsen. Bei einer so wenig intensiven Form der Syphilis wurden täglich Sublimatbäder (5 Gran pro Bad) angewandt. Nach dem dritten Bade (1. Februar) bekam das Kind einen starken Durchfall, wesshalb man die Sublimatbäder aussetzte. Der Durchfall, bald stärker, bald geringer, dauerte ungefähr 16 Tage, das Kind magerte ab und wurde kraftlos, erholte sich jedoch nach und nach wieder. Gegen den 20. Februar verschwanden gänzlich die breiten Condylome, das Kind nahm an Kräften zu und wurde den 27. Februar mit der Mutter aus dem Hospitale entlassen.

Aus dem günstigen Verlaufe der syphilitischen Affection beim Kinde in diesem Falle ist es erlaubt den Schluss zu ziehen, dass das Quecksilber durch die Einreibungen der grauen Salbe, denen die das Kind stillende Mutter unterworfen wurde, aus ihrem Blute in die Milch passirte und auf diesem Wege so günstig auf das Kind wirkte. Mich mit diesem nicht begnügend, beschloss ich, die Milch der kranken und stillenden Mutter der chemischen Analyse zu unterwerfen, um mich zu überzeugen, ob das Quecksilber in der Milch wirklich nachweisbar sei. Bevor ich an die Beschreibung der angewandten Methoden bei meiner chemischen Untersuchung schreite, sei es mir erlaubt, die Meinungen mehrerer Forscher in diesem Gebiete anzudeuten.

Im Allgemeinen äussert sich ein Theil, dass das Quecksilber in der Milch nicht nachzuweisen sei, ein anderer Theil ist der gegentheiligen Meinung. Zu den ersteren sind zu rechnen: Henry und Chevallier (Journ. de Pharmacie, T. XXV, S. 333—401). In ihren Untersuchungen über das Uebergehen verschiedener Arzneimittel in die Milch gelangten sie zum Schlusse, dass das Kochsalz, Natrium bicarbonicum, Natrium sulphuricum und das Jodkalium durch die Milch passiren, Quecksilber-Präparate aber nicht. Peligot (Journ. de Chemie medic. 1855. S. 311) fand in der Milch Kochsalz- und Jodverbindungen, konnte aber kein Quecksilber nachweisen. Posner (Handbuch der klinischen Arzneimittel-Lehre, Berlin 1866), indem er von den Wegen spricht, auf welchen das Quecksilber aus dem Organismus entleert wird, citirt den Harn, Schweiss und den Speichel als Wege der Ausscheidung. Bei C. G. Lehmann (1859) und W. Kühne (1868) in ihren Handbüchern der physio-

logischen Chemie ist keine Erwähnung über das Passiren des Quecksilbers in die Milch. A. Reder (Pathologie und Therapie der venerischen Krankheiten, 2. Aufl. Wien, 1868) in dem Kapitel „Behandlung der constitutionellen Syphilis“ erwähnt, dass es vorgeschlagen wurde, der Mutter oder der Amme Quecksilber-Präparate darzureichen, damit sie mit der Milch in den Organismus des Säuglings gelangen, gibt aber zu, dass es nicht gewiss ist, ob das Quecksilber in die Milch der Mutter passire. Fr. Hartmann (Handbuch der allgemeinen Pathologie für Aerzte und Studirende, 2. Aufl. 1871) in dem Abschnitte „Anomalien der Milchsecretion“ äussert sich, dass einige von den Arzneimitteln in die Milch übergehen, dass das Jodkalium wirklich nachgewiesen sei, was das Quecksilber aber betrifft, sei es noch zweifelhaft. Zu diesen Autoren muss auch Kahler gerechnet werden (Referat im 2. und 3. Hefte dieser Vierteljahresschrift, 1875), der bei Untersuchung der Milch von drei stillenden und Quecksilber einnehmenden Müttern sogar auf dem Wege der Electrolyse kein Quecksilber nachzuweisen vermochte.

Andere nehmen das Uebergehen des Quecksilbers in die Milch als unzweifelhaft an. C. Gerhardt (Lehrbuch der Kinderkrankheiten, 2. Aufl. Tübingen 1861), von der Behandlung der Syphilis bei Kindern sprechend, erwähnt, dass es Personne nach vielen ungünstigen Untersuchungen doch gelungen sei, Quecksilber in der Milch nachzuweisen. C. Binz (Grundzüge der Arzneimittel-Lehre, 2. Aufl. Berlin 1869. S. 134), von den Wegen der Ausscheidung des Quecksilbers handelnd, ist der Meinung, dass dasselbe in die Milch der stillenden Frauen übergeht. Endlich Dybkowski in seiner Arzneimittel-Lehre (in russischer Sprache in Kiew 1873 erschienen) erwähnt auf der S. 118 die Untersuchungen von Henry und Chevallier, welche das Quecksilber in der Milch nicht auffinden konnten, und die Prüfungen von Lewald und Schauenstein, die das Quecksilber beim innerlichen Gebrauche in der Milch nachzuweisen vermochten; er selbst äussert sich zu Gunsten der letztgenannten Forscher.

Unsere Untersuchungen über diesen Gegenstand sind in dem chemischen Laboratorium des Prof. Tudakowski mit

seiner freundlichen Hilfe ausgeführt worden. Die Milch wurde von unserer Kranken vom 12. Februar an, das heisst zur Zeit der 13. Einreibung, täglich durch 15 Tage entnommen und auf diese Weise ungefähr 11 Unzen erhalten. Die Milch befand sich in saurer Gährung und besass einen widerlichen Geruch. Wir brachten die Milch in eine Porzellanschale, gaben etwas chlorsaures Kali zu und erwärmten sie, in geringen Mengen Chlorsäure zugiessend, mittelst eines mässigen Feuers. Dieses Verfahren wurde zum Zwecke der Desorganisation der Albuminstoffe, der Trennung der vorausgesetzten Quecksilber-Albuminatverbindungen und nachfolgender Bildung einer solchen des Quecksilbers mit Chlor vollführt. Bei diesem Erwärmen wurde die Flüssigkeit hellgelb und es entwichen in grosser Menge Chlordämpfe. Das Zugeben des chlorsauren Kali und Zugiessen der Chlorsäure wurde mehrmals wiederholt. Als Chlor nicht mehr entwich, erwärmten wir das Ganze im Dampfbade, um den Ueberschuss der Chlorsäure zu entfernen, die heisse Flüssigkeit wurde filtrirt und der Bodensatz mehrmals mit heissem Wasser durchgewaschen, das Filtrat bestand aus einer hellen, durchsichtigen, gelben Flüssigkeit, auf der Porzellanschale blieben die Fette aus der Milch zurück, die, auf einem Platinbleche verbrannt, den charakteristischen Geruch des Acroleïn gaben. Das auf diese Weise erhaltene Filtrat wurde der Electrolyse unterworfen, um die Verbindungen des Quecksilbers mit Chlor zu spalten. Wir brauchten dazu fünf Bunsen'sche Elemente, der Draht von der Kohle (+ Anode) stand mit einem Platinbleche in Verbindung, das in verdünnter Schwefelsäure, unweit der Pergamentscheidewand, eingetaucht war, der Draht von Zink aber (— Katode) mit einem Goldbleche, das in die zur Prüfung genommene Flüssigkeit oberhalb der Pergamentscheidewand versenkt war; die Batterie wirkte ungefähr sechs Stunden. Das Goldblech, aus der untersuchten Flüssigkeit heraus genommen, erschien mit einem grauen Beschlage stark belegt, es wurde vorsichtig mit destillirtem Wasser durchgewaschen und über concentrirter Schwefelsäure getrocknet. Hierauf wurde das zusammengerollte Goldblech in ein reines Glasröhrchen gesetzt, von dem ein Ende angelöthet wurde und das andere in ein Kapillarrohr ausgezogen. Wir erwärmten den breiteren,

das Goldblech enthaltenden Theil des Röhrchens und nach ein paar Minuten erschien in dem kälteren Theile des Röhrchens ein graues Wölkchen, das beim weiteren Erwärmen in das Kapillarröhrchen gelangte. Nach diesem Verfahren wurde das angelöthete Ende aufgelöthet, das Goldblech entfernt und beim abermaligen Zulöthen in eine Kapillarröhre ausgezogen. Das feine Ende des Röhrchens wurde abgebrochen, etwas reines Jod hineingebracht, nachher wieder zugelöthet, um das Entweichen der Joddämpfe zu verhindern. Beim Erwärmen des Jod enthaltenden Röhrchens gelangten die violetten Joddämpfe in den Theil des Röhrchens, wo das graue Wölkchen sich befand und bildeten mit demselben die charakteristische Quecksilber-Jodverbindung von gelber Farbe, die beim Reiben eine rothe Farbe bekam. Wäre im Wölkchen kein Quecksilber gewesen, so hätten wir bloss einen braunen Ring, aus Jod bestehend, erhalten. Die Menge des erhaltenen Hydrargyrum jodatum war sehr gering, jedenfalls aber genügend, um die erwünschte Reaction zu bekommen. Es unterliegt also keinem Zweifel, dass das Quecksilber, sei es beim innerlichen Gebrauche (Lewald, Schauenstein) oder beim Einreiben, in die Milch der Stillenden passirt. Die Ursache, wesshalb bis zu dieser Zeit das Uebergehen des Quecksilbers in die Milch dem Zweifel unterlag, scheint einerseits darin eine Aufklärung zu finden, dass die Forscher eine zu geringe Menge der Milch bei ihren Untersuchungen brauchten, und andererseits in der Unvollkommenheit der angewandten Methoden; denn es ist bestätigt, dass die Electrolyse genauer ausfällt, wenn man ein Goldblech anstatt Platinblech als Katode braucht (Overbeck).

Es sei mir erlaubt, noch ein paar Worte über den Einfluss der Quecksilber enthaltenden Milch einer stillenden Mutter auf den Verlauf der Syphilis beim Säuglinge zu äussern. Das früher nicht ganz erklärbare Factum, dass syphilitische Kinder, welche von Müttern oder Ammen, die Quecksilber brauchten, genährt wurden, viel eher genasen, als Kinder, die künstlich oder durch Ammen, welche kein Quecksilber brauchten, aufgezogen wurden, ist jetzt völlig verständlich.

A. Henke (Handbuch der Kinderkrankheiten, Wien 1870. S. 163), Evanson und Maunsell (A practical treatise on the

management and diseases of children, übersetzt durch L. Fränkel. Berlin 1838 S. 652) sprechen der Milch der Mütter, die Quecksilber brauchen, einen Einfluss auf die Syphilis der Säuglinge völlig ab. Derselben Meinung ist auch v. Sigmund (Die Einreibungscur mit grauer Salbe bei Syphilisformen, 2. Aufl. Wien 1859. S. 26). Er sagt: „Bei der antisyphilitischen Behandlung einer Mutter, die ein ebenfalls syphilitisches Kind stillte, bemerkte ich, dass, wenn die syphilitischen Symptome bei der Mutter schwanden, das Kind wie vorher syphilitisch blieb; seit der Zeit dieser Beobachtung unterwerfe ich der Einreibungscur mit grauer Salbe gleichzeitig die Mutter (Amme) und das Kind.“ Im Gegentheile empfiehlt Bouchut (Traité pratique des maladies des nouveau-nés, übers. von B. Bischoff. Würzburg 1854. S. 844.) sehr, die syphilitischen Kinder in der Weise zu behandeln, dass man den Müttern oder Ammen innerlich Quecksilber darreicht, das Kind kömmt rasch zur Genesung und die syphilitischen Symptome schwinden gänzlich. C. Hennig (Lehrbuch der Krankheiten des Kindes, 2. Aufl., Leipzig und Heidelberg 1859. S. 65) führt die Meinung von Simon an, der das Stillen des Kindes durch die Mutter fordert und die antisyphilitische Cur bald allein der Mutter, bald der Mutter und des Kindes empfiehlt. Ferner die Meinung von Diday, der dieses Verfahren tadelt, obgleich viele Aerzte bei leichten syphilitischen Formen dasselbe als für genügend betrachten. C. West endlich (Pathologie und Therapie der Kinderkrankheiten, übers. von A. Wegner. Berlin 1860. S. 461), indem er von den Folgen der Behandlung des Kindes mittelst der Amme spricht, äussert sich in folgendem Sinne: Bei leichten syphilitischen Formen reicht es aus, aber die Genesung tritt schneller ein, wenn man das Quecksilber auch dem Kinde darreicht. In unserem Falle muss das Schwinden der syphilitischen Symptome nicht den drei Sublimatbädern zugeschrieben werden, aber der Milch der Mutter, die Quecksilber enthielt. Wir stimmen gänzlich den Ansichten von C. West und Simon bei, sind jedoch der Meinung, dass Bouchut den kurativen Werth der Milch der Mutter, die mit Quecksilber behandelt wird, überschätzte.

Condylome und Polypen der Harnröhre.

Diagnose und Therapie derselben mit Hilfe des Endoskops.

Von

Dr. J. Grünfeld in Wien.

(Hiezu Tafel IV.)

Sowohl die männliche als auch die weibliche Harnröhre kann den Sitz für Neubildungen gutartiger Natur abgeben, welche darin hauptsächlich gemeinsame Eigenschaften aufweisen, dass sie, von den kleinsten Dimensionen beginnend, zu bedeutenden Wucherungen gedeihen können. Diese Neubildungen sind bald dem Condylome (der spitzen Warze), bald dem Polypen, bald dem Papillome sowohl an äusserer Gestalt als auch an Bau ziemlich ähnlich, werden wohl auch zuweilen als Karunkeln der Harnröhre bezeichnet. Die im Allgemeinen weichen Gebilde treten an der äusseren Harnröhrenmündung auf und zwar sowohl an der Innenfläche beider Lefzen, als auch im unteren Winkel bis an die schiffförmige Grube, woher sie nach Erlangung entsprechender Dimensionen zu prolabiren pflegen. An dieser Stelle, in dieser Form kommen sie sehr oft zur Beobachtung, namentlich bei Individuen, deren Orificium häufigen mechanischen Reizen ausgesetzt sind (langes, leicht verschiebbares Präputium beim Manne, grössere Entwickelung der beiden Clitorisdecken beim Weibe etc.), sofern in der Nachbarschaft derlei Wucherungen etc. zu Stande gekommen sind.

Aber auch im weiteren Verlaufe der Urethra kommen Polypen vor, wenn auch diess bisher in relativ wenigen Fällen mit Sicherheit constatirt wurde. Ganz kleine daselbst aufsitzende Polypen verursachen keinerlei Symptome, welche einem solchen Neugebilde

ausschliesslich zugeschrieben werden könnten, und dürfte auch die Untersuchung mit metallenen oder elastischen Instrumenten keinen Aufschluss über deren Anwesenheit geben. Erst im Verlaufe, namentlich wenn die in Rede stehenden Vegetationen an Ausdehnung zunehmen und eventuell bedeutendere Beschwerden, beziehungsweise Zerstörungen verursachen, wird ihr Vorhandensein sich bemerkbar machen. Ja! bei der bekannten raschen Wucherung dieser Neubildungen kann binnen kurzer Zeit der ganze Harnröhren-Canal ausgefüllt werden, wie der von Roger [1]) veröffentlichte Fall beweist, wo 24 Stunden vor dem Tode Ischurie eintrat und nach der Section in der bedeutend erweiterten Urethra vom Meatus externus bis zum Bulbus eine über 6 Cm. breite, rundliche, mit erbsen- und stecknadelkopfgrossen Zotten versehene Schleimhautwucherung gefunden wurde. Minder schlimm war der Ausgang einer solchen Krankheit in einem Falle von Beyram [2]), wo ein 26 Jahre alter, mit Hypospadiasis behafteter Mann seit einem Jahre Behinderung beim Uriniren bemerkte; der Strahl war dünn, brauseartig, der Penis schwoll hiebei an. Eine Sondirung war sehr schmerzhaft, von blutigem Ausflusse begleitet, und gab Veranlassung zur Diagnose einer Strictur. Es entwickelte sich Entzündung mit nachfolgender Perforation 1 Cm. hinter dem Orificium externum; in der neuen Perforationsöffnung wurden später vier erbsengrosse, rundliche, rothe, leicht blutende, an einem dünnen Stiele haftende Excrescenzen von B. gefunden. Drei kleinere Polypen sassen auch im unteren Winkel des Orif. ext. selbst. Die hierauf erfolgte Abtragung mit nachfolgender Cauterisation brachte die Heilung der Krankheit mit Hinterlassung einer kleinen Fistel.

Diese und andere in der Literatur verzeichneten casuistischen Fälle liefern den Beweis, dass eine rechtzeitige Diagnose des Urethralpolypen mit den zur Verfügung gestan-

---

[1]) Roger, Note sur les végétations épithéliales obstruant la plus grande partie de l'urèthre. Annales de la société anatom.-path. de Bruxelles 1860. Canstatt Jahresber. III. pag. 281.

[2]) Beyram, Polypes de l'urèthre chez l'homme avec perforation de ce canal. Union méd. 96. 1862. Canstatt, Jahresber. III. pag. 265. Medic. Jahrb. 1863, II. p. 70.

denen Mitteln schlechterdings unmöglich war, zumal bei dem negativen Befunde in objectiver Beziehung vielfache anderweitige, besonders subjective Symptome auftreten, die scheinbar je mit anderen Krankheitsformen im Zusammenhange stehen. Diess gilt nicht allein von dem im Beginne des Wachsthums befindlichen Polypen, der keine bedeutende Grösse erreicht, sondern auch von demjenigen, der zu weitgehenden Zerstörungen Anlass gibt. Stets werden Beschwerden hervorgerufen, welche mit denen anderer Krankheitsformen mehr weniger identisch sind, so dass das Grundübel anderweitig vermuthet wird.

So können Polypen oder Condylome in der Urethra zu continuirlicher Reizung der Schleimhaut Anlass geben, in Folge deren die Symptome des chronischen Trippers sich manifestiren: öfteres Verklebtsein des Orificium cutaneum urethrae, das seltene Erscheinen eines Tropfens ebendaselbst, Filamente im Urin etc. Oder die Condylome nehmen an Dimensionen zu, füllen das Lumen der Harnröhre aus und liefern gewisse, der Strictur zugeschriebene Erscheinungen. Aber auch die Sonde wird auf einen Widerstand stossen, der leicht als durch die Strictur bedingt aufgefasst wird. Beyram hält überhaupt die Symptomatologie der Urethralpolypen mit denen der Harnröhrenverengerungen für identisch, jedoch, wie aus dem Vorhergehenden und im Verlaufe ersichtlich sein wird, nicht ganz mit Recht. Auch nach Linhart[1]) ist die Symptomatologie der Karunkeln der Harnröhre die der Harnröhrenstenosen. Die in Rede stehenden Neubildungen pflegen, wie man diess an den äusseren Genitalien zu beobachten Gelegenheit hat, durch geringe mechanische Beleidigungen Blutungen zu erleiden. Findet nun eine Blutung aus den in der Urethra befindlichen Vegetationen statt, so wird dieser, zumal sie meist erst beim Uriniren bemerkbar wird, leicht eine andere Deutung gegeben. Man wird vielleicht eine fausse route vermuthen, wenn das Blut nach einer Sondirung eintritt. Dass die Wucherungen zu Gangränescenz und Perforation der Urethra oder zu Ischurie mit lethalem Ausgange Anlass geben können, wurde schon oben durch Beispiele erwiesen.

---

[1]) Medic. Jahrb. XIX. II. pag. 71. 1863.

Aber auch andere Erscheinungen dürften sich noch manifestiren, die durch Urethralpolypen hervorgerufen werden, ohne dass solche vermuthet würden. So möge hier der Fall von Genaudet [1]) Erwähnung finden, wo bei Stuhlentleerungen sowohl, als auch Nachts Samenverluste auftraten, in deren Gefolge auffällige Abmagerung bei dem früher gesunden Individuum sich einstellte. Harnstrahl etc. normal. G. nahm Cauterisationen mit dem Lallemand'schen Aetzmittelträger in der Nähe des veru montanum vor, fühlte jedoch bei Schluss des Instrumentes einen Widerstand und fand am Ende der herausgezogenen Canüle eine kleinkugelige Masse von der Grösse einer Haselnuss, welche sich mikroskopisch als Schleimpolyp erwies. Von da ab schwanden die Samenverluste.

In anderen Fällen sind ganz eigenthümliche Manifestationen in der Genitalsphäre vorhanden: unbequemes Stechen, häufige schmerzhafte Erectionen, gedrehter Harnstrahl, zeitweilige Blutstropfen etc. Erst der Zufall bringt die Ursache des Uebels zu Tage.

Es ist begreiflich, dass die Polypen in der Tiefe der Harnröhre (ohne Fistelbildung) während des Lebens, mit Ausnahme der durch Zufall und indirect zur Kenntniss gelangten Fälle gar nicht constatirt werden können und ist es daher nicht zu wundern, wenn Linhart (l. c.) eine exacte Diagnose der Karunkeln in der Urethra für unmöglich hält, wenn sie nicht am Orificium cutaneum liegen, d. i. gesehen werden können. Am Harnröhreneingange wird man Polypen, Condylome etc. möglicherweise bis zur Fossa navicularis, besonders bei Prolabirungen nach aussen, in einfacher Weise durch Betastung mit dem Finger, wie in dem Falle von Chelius [2]), wo von der Fossa navicularis an über 1 Zoll nach hinten die Harnröhre durch rundliche Excrescenzen angefüllt war, die mit dem Finger von aussen her deutlich unterschieden werden konnten, oder mit einer federnden Pincette etc. verfolgen können. Ja, bei Weibern, bei denen sie relativ häufiger zu beobachten sind, kann

---

[1]) Observation de polype de l'urèthre chez l'homme. Bull. méd. d'Aisne, Gaz. des Hôp. 1866. Nr. 110.

[2]) Handbuch der Chir. II. 1. S. 83.

man der, verhältnissmässig tief in der Urethra befindlichen Wucherungen durch dilatatorische Hilfsmittel ansichtig werden. Ich habe selbst vor einigen Jahren einen Fall von hartnäckig recidivirenden und stets mehr luxurirenden Condylomen am Orif. urethrae ext. eines Weibes auf der Klinik in der Weise zur Heilung gebracht, dass ich zwei schmale Gorgerets construirte, mit Hilfe deren ich die Urethra so weit dilatirte, dass die in einer Tiefe von 3 Cm. befindlichen Wucherungen nicht nur zur genauen Ansicht kamen, sondern auch mit einer Scheere abgetragen werden konnten. Ein Vorgang, zu dem ich die Chloroformnarcose einleitete. Von der Anwesenheit der Condylome innerhalb der Urethra habe ich mir schon früher durch Betastung der Urethra von der Vagina aus, nach vorausgegangener Einführung eines metallenen Katheters, Ueberzeugung verschafft, wie diess auch Dittel[1]) in seinem Buche über Stricturen empfiehlt. Einen analogen Fall veröffentlicht auch Dittel[2]). In Fällen aber, wo die Neubildungen ganz klein sind, wird ihr Vorhandensein, namentlich bei deren weicher Consistenz in keinerlei Weise zu constatiren sein.

Die Auffindung von Polypen und Condylomen[3]) innerhalb der sonst normal beschaffenen Urethra und die Diagnose derselben ist nur durch den Gebrauch des Endoskops ermöglicht. Sitz, Grösse und Form lässt sich auf endoskopischem

---

[1]) Pag. 175.

[2]) Impermeable Stricturen. Allg. Wr. medic. Ztg. 1860, Nr. 52.

[3]) 1. Ich verstehe unter diesem Ausdrucke immer nur die spitzen Warzen (Végétations), nie die Papeln, sog. breite Condylome, welche als Producte der Syphilis diesen Namen bei manchen Autoren, etymologisch mit Unrecht führen.

2. Bei Individuen, die an der allgemeinen Decke in der Umgebung der Genitalien Condylome haben und allenfalls auch an der Schleimhaut (Vestibulum, Vagina, orif. urethrae etc.) mit solchen Wucherungen behaftet sind, sind die an den letzteren Standorten befindlichen von den anderen wesentlich verschieden und sind mehr weniger dem Polypen an äusserer Gestalt sowie in histologischer Beziehung analog. Sogar die von Linhart beschriebenen Karunkeln dürften in mikroskopischer Hinsicht von Polypen und Condylomen sich kaum unterscheiden. Daher gebrauche ich bezüglich der Urethralschleimhaut den Ausdruck Polypen und Condylome als gleichbedeutend.

Wege mit grösster Präcision bestimmen. Mit diesem Hilfsmittel werden jene Neubildungen, sofern sie in den tieferen Theilen der Urethra oder in deren vorderer Partie zunächst dem meatus externus aufsitzen, eruirt werden können. Die Diagnose einer solchen Krankheit darf nicht dem blossen Zufalle anheimgegeben werden, noch wird eine Verzichtleistung auf die stricte Kenntniss jener Form statthaft sein; vielmehr wird man nun auf directem Wege jene Neubildungen zur Ansicht bringen, deren Vorkommen klinischerseits als sehr selten bezeichnet wurde. Vielleicht wird sodann auch der Ausspruch der Referenten in den „medicinischen Jahrbüchern“ [1]) einigermassen modificirt werden müssen, demzufolge eine Einstimmigkeit über das seltene Vorkommen der Urethralpolypen herrscht, „so dass kaum Jemand sie öfter als ein- bis zweimal zu beobachten Gelegenheit hatte“.

Der Instrumentenapparat zum Zwecke der Diagnose von Polypen in der Urethra mittelst Endoskops ist ganz geringfügig. Erforderlich ist: ein Reflector mit Handgriff oder Stirnbinde, ein endoskopischer Tubus mit Leitstab und endlich ein Wattatamponträger. Selbstverständlich auch eine Leuchtquelle (Sonnen - Gaslicht oder eine Petroleumlampe). Mit Hilfe des Conductors wird das Endoskop in die Urethra eingeführt bis zu der Stelle, wo der Polyp seinen Sitz hat; sodann wird das auf dem Sehfelde (hinter dem Tubus) eventuell vorhandene Fett, Schleim, Eiter, Blut etc. mittelst Wattatampon abgetrocknet, und endlich in passender Weise die Beleuchtung vorgenommen. Ist das Sehfeld gut beleuchtet, und der Polyp eingestellt, so wird die Diagnose keiner Schwierigkeit unterliegen.

Schwieriger ist begreiflicherweise die Auffindung besonders der kleinen Urethralpolypen. Die Durchsuchung der ganzen Urethralschleimhaut mit genauer Beachtung jedes, auch des kleinsten Theiles, muss vorausgehen, will man das Neugebilde, das vermuthet wird, dem Auge zugänglich machen. Schritt für Schritt muss man die Schleimhaut der Harnröhre von hinten nach vorne, den Tubus langsam herausziehend, examiniren. Bald wird man den Blick und das Endoskop vor-

---

[1]) XIX. Jahrg. II. Band, pag. 69.

zugsweise gegen die vordere oder hintere Urethralwand, bald gegen eine seitliche hindirigiren, wenn eine solche kleine Excrescenz nicht übersehen werden solle. Selbstverständlich wird nicht immer die erste Untersuchung von Erfolg begleitet sein. Liegt doch überhaupt die grösste Schwierigkeit endoskopischer Untersuchungen darin, dass jeder einzelne Punkt der Harnröhre separat für sich in Augenschein genommen werden muss, um den Sitz einer Abnormität zu entdecken. Zudem ist das zu durchforschende Terrain ziemlich gross und gleichmässig, ich möchte sagen monoton, während Laryngoskopie und Ophthalmoskopie in dieser Hinsicht viel günstiger situirt sind.

Ist man nun in der Nähe des Polypen angelangt, so wird man beim langsamen Zurückziehen des Tubus plötzlich ein rasches Hineinschlüpfen der Schleimhaut wahrnehmen, welches im ersten Augenblicke den Eindruck der zu rasch vorfallenden Urethralschleimhaut hervorruft, wie solches beim raschen Hervorziehen des Endoskops oft gesehen wird. Ein leichtes Zurückschieben des Instrumentes nach hinten lässt jedoch sofort erkennen, dass hier die Mucosa eine Veränderung aufweist. Die Niveaudifferenz fällt sofort auf, ferner auch die totale Umgestaltung des trichterförmigen Sehfeldes und endlich die veränderte Oberfläche jener halbkugeligen oder flachen Hervorwölbung.

Die Mucosa in der Umgebung des Polypen ist gewöhnlich im Zustande der Reizung. Die Urethralschleimhaut ist stärker geröthet, oft violet, so dass nur hie und da ein Gefäss zu entdecken ist; ferner ist sie geschwellt, verdickt, und sind die radiären Fältchen nahezu verstrichen. Die centrale Figur, wenn sie von der Neubildung nicht völlig bedeckt erscheint, ist verkleinert und breiter. Wohl ist auch eine weiter gediehene Veränderung der Schleimhaut denkbar, es ist auch möglich, dass in der Umgebung Granulationen, oberflächliche Erosionen etc. zur Beobachtung kommen. In den mir bisher zu Gebote gestandenen Fällen fand ich keine tiefergehende Erkrankung der den Polypen umgebenden Mucosa.

Bei einer Position des endoskopischen Tubus, welche für die Besichtigung des Polypen am günstigsten ist, erhält man, namentlich bei schlechter Beleuchtung, von demselben vorerst

den Eindruck einer, im Sehfelde emporragenden, blasenförmigen Hervorwölbung. Diese scheinbare Blase ist vornehmlich durch die blässere Färbung von der mehr gerötheten Umgebung auffallend. Eine bessere Beleuchtung erst gestattet die Auffassung des Bildes in seiner wirklichen Bedeutung. Ausser der besseren Beleuchtung ist auch noch eine mässige Bewegung mit dem Tubus erforderlich. Innerhalb des gutbeleuchteten, runden Sehfeldes wird nun jene Hervorwölbung gewisse, ganz deutliche Charaktere zeigen, die man sofort als einem Polypen angehörend, ansehen wird. Fixirt man nämlich jene Prominenz genauer, so erkennt man an derselben eine oberflächliche, leicht granulirte Unebenheit mit einigen, in der Richtung der Achse der Urethra verlaufenden, feinen Gefässchen. Einzelne stärker gefärbte Punkte lassen sich gleichfalls deutlich wahrnehmen. Gegen den Rand der in den Trichter prominirenden Geschwulst hin sieht man einen dunkeln, bogen- oder ringförmigen Streifen, den man als den durch den Polypen erzeugten Schatten dadurch erkennt, dass er ganz schwindet oder breiter wird, wenn man den Tubus bald hervorzieht, bald hineindrückt. Stellt man bloss jene Wand der Urethra in das Endoskop ein, auf der der Polyp aufsitzt und übt mit dem Instrumente einen Druck auf dieselbe aus, wodurch sie an Röthe zunimmt, so ist die blasse Farbe der Neubildung noch sinnfälliger.

Viel deutlicher erscheint jedoch die polypöse Geschwulst in dem durch das gerade gefensterte Endoskop gewonnenen Spiegelbilde, welchem auch die Zeichnung in Figur 1 entnommen ist. Will man sie mit Hilfe des Fensterspiegel-Endoscops deutlich sehen, so müssen günstige Bedingungen vorhanden sein, wenn ein deutliches Bild erlangt werden soll. Vor allem muss eine weite Harnröhre vorhanden sein, weil sonst durch die starke Dehnung einer- und die Compression andererseits die Stelle nicht leicht zu eruiren wäre. Zudem fehlt bei der Untersuchung mit den beiden letzteren Instrumenten das Charakteristische der Hervorwölbung, obgleich es mir in den von mir beobachteten Fällen gelang, die Details auch auf diese Weise deutlich zu entnehmen.

Sowohl mit Hilfe der Loupe, als auch mit den einfachen, von mir angegebenen Vergrösserungs-Vorrichtungen kann ein

vergrössertes Bild, welches an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig lässt, erzielt werden.

Schliesslich möge noch hinzugefügt werden, dass es auch Fälle gibt, in denen nicht bloss ein einziger, sondern mehrere Polypen zur Beobachtung gelangen. Der Spiegelbefund weist hier keinen wesentlichen Unterschied auf im Vergleiche zu jenem bei einzeln vorkommenden Polypen.

Vegetationen grösseren Kalibers, wie solche von Linhart oder Roger an der Urethralschleimhaut post mortem gefunden wurden, kamen mir bisher nicht vor. Jedenfalls dürfte das endoskopische Bild keinerlei Schwierigkeiten machen, weder bezüglich der Diagnose, vielleicht auch nicht bezüglich der auf endoskopischem Wege einzuleitenden Therapie.

Noch wäre erwähnenswerth, dass bei Harnröhrenstricturen, bei denen, sei es durch fausse route, sei es durch wiederholte Reizung in der Nähe der Strictur, Verletzungen der Urethralschleimhaut auftreten, öfters die so erodirte Partie der Mucosa eine Wucherung von Granulationen aufweist, die so reichlich sich einstellt, dass sie das Bild des Polypen auf dem endoskopischen Sehfelde vortäuscht. Die Differentialdiagnose ergibt sich jedoch bei genauerer Inspection aus dem, bei den Polypen nie fehlenden, vollkommen unversehrten Schleimhautüberzuge etc.

Was den Sitz der Polypen betrifft, so wäre die bemerkenswerthe Thatsache zu constatiren, dass nahezu in allen Fällen, in denen sie die tieferen Partien der Urethralschleimhaut occupirten, auch in der Nähe des Orificium externum solche sich vorfanden. In zwei von mir beobachteten Fällen war der Harnröhreneingang Sitz von Excrescenzen. Hervorgehoben sei jedoch der Umstand, dass in der Klinik von Sigmund Fälle von Excrescenzen an der Mündung allein relativ häufig zur Behandlung kommen.

In aetiologischer Beziehung wird ausnahmslos die Urethritis in einer oder anderer Form als jene Erkrankung aufzufassen sein, welche die polypösen Geschwülste nach sich zieht. Die Hyperplasie einzelner Papillen, wie sie bei der granulösen Urethritis auftritt, kann durch gesteigerten Reiz zu jenem höheren Grade gedeihen, der in der Excrescenz seinen Ausdruck findet.

In dem das Orificium cutaneum sehr oft betreffenden Reize ist auch die Häufigkeit des Vorkommens derselben an der Harnröhrenmündung bedingt, obgleich eigentlich die Papillargranulationen am häufigsten nicht in der kahnförmigen Grube, sondern in den tieferen Theilen der Urethra vorgefunden wird, wie Tarnowsky [1]) mit Recht hervorhebt. Das Endoskop gibt in dieser Hinsicht wenig Aufschluss, da die in der Umgebung der Polypen constatirten Reizungserscheinungen leicht auch durch das als fremder Körper wirkende Neugebilde bedingt sein können.

Was nun den therapeutischen Vorgang betrifft, so geht das allgemeine Urtheil dahin, den Polypen „durch einen blutigen Eingriff — Zerdrücken, Abschneiden — zu entfernen und die wunde Basalfläche mit Lapis zu touchiren, worauf sie für immer verschwinden" [2]). Freilich galt diess bisher bloss von den ohne Instrumentalhilfe am Orificium gesehenen Neubildungen. Doch ist derselbe Eingriff auch für die in den tieferen Partien der Urethra endoskopisch zugänglichen Polypen angezeigt. Ihre Beseitigung kann unter Leitung des Endoscops durch Abtragung, durch Zerquetschen und nachherige Cauterisation oder eventuell durch diese allein herbeigeführt werden. Soweit meine diessbezügliche Erfahrung reicht, dürfte die Indication für die eine oder andere Methode ihre ganz genaue Begrenzung finden.

Zur Entfernung der Polypen bediente ich mich in einem Falle einer durch das Endoskop eingeführten kleinen Scheere, in einem Falle wendete ich die Cauterisation an, während ich in dem neuesten Falle mich eines eigenen locheisenartigen Instrumentes bediente, mit Hilfe dessen der Polyp abgekneipt wurde. Das Bestreben, die Abtragung bei Beleuchtung, also sub oculo und nicht blind zu bewerkstelligen, erschwert die Construction des Instrumentes; jedenfalls dürfte sich mit der Zeit ein, der ziemlich vollendeten Technik in der Laryngo-Chirurgie entlehntes Instrument bewähren. Meine geringe Erfahrung gestattet mir noch nicht, über die Bevorzugung des

---

[1]) Vorträge über venerische Krankheiten. Berlin 1872.

[2]) Dittel's Referat. Medic. Jahrb. XIX. II.

einen oder anderen Messers (Guillotine, Quetschzange, Krückenzange etc.) ein mehr weniger entscheidendes Urtheil abzugeben, denn hier walten nebst den subjectiven Rücksichten auch noch manche, durch die anatomischen Verhältnisse bedingte individuelle Verschiedenheiten ob.

Dass die Abtragung dieser Neubildungen sehr leicht ist, geht daraus hervor, dass die Entfernung derselben mitunter mit sehr primitiven Vorrichtungen bewerkstelligt wurde. So gelang es Gallez[1]) bei einem Patienten, den er mit einem Katheter untersuchte und einen geringen Widerstand in der Mitte der pars spongiosa und membranacea fühlte, an dem Katheterauge eine grauweisse, kugelige Masse von der Consistenz eines Nasenpolypen zu extrahiren. Aehnliche Wucherungen waren in diesem Falle auch im meatus externus zu beobachten. Von Emmert[2]) wurde die condylomatöse Excrescenz, die von der Fossa navicularis ausgehend, bis in die Harnröhrenmündung ragte, nach Spaltung der Harnröhrenmündung nach unten excidirt und sodann cauterisirt.

Das Endoskop diente auch schon wiederholt zur Auffindung der Urethralpolypen. So erwähnt Henry Dick[3]), dass er einen kleinen Polypen in der Urethra gesehen und operirt, in anderen Fällen cauterisirt habe. Ferner theilte Fürstenheim[4]) einen Fall mit, wo durch den Seitenschlitz seines endoskopischen Tubus eine ganze Reihe (etwa 20) dicht nebeneinander gelagerter kleiner, weisslicher, weicher Geschwülste derart hineinragte, dass sie fast das ganze Lumen der $6^1/_3$ Mm. starken Sonde einnahmen. Die an der linken Seite der Mucosa in einer Länge von 4 Cm., einer Breite von 3 Mm. aufsitzenden Wucherungen wurden mit dem Wattatamponträger oder durch schnelle Drehung der Sonde mit dem Rande des Seitenschlitzes abgedrückt, während die hintersten ohne Endoskop mit einer passenden Metallolive

---

[1]) Du retrécissement végétaux ou polypeux du canal de l'urèthre. Bull. de l'Académie de med. de Bèlge Nr. 12, p. 922. — Canstatt, Jahresber. 1866 II. p. 190.

[2]) Lehrbuch der Chirurgie. Bd. III, S. 902.

[3]) Remarks on the use of the Endoscope. The Lancet Nr. 24. 1866.

[4]) Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21. 1875. Sitzungsber. der Hufeland'schen Gesellsch. vom 27. Nov. 1874.

beseitigt wurden. Der Patient, seit 4 Jahren harnröhrenkrank, war wegen Strictur anderweitig in Behandlung. Crouriard [1]) beschreibt bei einem Kranken, der am Bulbus eine Strictur hatte, vor derselben eine Plaque (?) einer hyperämischen Schleimhaut, die er mit dem Endoskop sah und die 15 Mm. lang war.

Das seltene Vorkommen der Polypen und der anderen analogen Gebilde in der Urethra wird auch von Rokitansky [2]) bestätigt. Nach Förster [3]) können Polypen auch höher oben in der Urethra des Weibes ihren Ursprung nehmen, in der Harnröhre verborgen bleiben und den Abfluss des Harnes behindern (?). Tarnowsky [4]) beschreibt Papillar-Excrescenzen und Polypen, die er je im path.-anatom. Museum in Wien, im Dupuy'schen und Dupuytren'schen Museum in Paris, im Hunter'schen Museum, in Guy's Hospital und im Middelsex Museum in London gesehen hat. Dieselben sassen am Blasenhalse, in der pars spongiosa, mebr. oder prostatica. Nebst den oben citirten Fällen von Roger, Genaudet, Gallez, Beyram Emmert und Linhart sind noch Fälle von polypösen oder papillären Excrescenzen bekannt von Demarquay [5]), Wedl [6]), Velpeau, Thomson und Verneuil [7]), Chelius [8]) und Normann [9]) (Nähe des Orif. ext.), von Civiale [10]), Bell [11]) und Voillemier [12]) (pars mebr. bis prost.), von Leroy-d'Etiolles [13]) und Ricord [14]) (Blasenmündung).

---

[1]) Quelques cas de cauterisation électro-chimique négative. Supplement der Petersburger medic. Zeitschrift XVII. VI. Heft.

[2]) Lehrb. der path. Anatomie. III. Band, p. 380.

[3]) Path. Anat. Bd. II. S. 467.

[4]) Vorträge über venerische Krankheiten. Berlin 1872. p. 157.

[5]) Gazette des hôpitaux 1857. Nr. 58.

[6]) Grundzüge der path. Histologie. 1853.

[7]) Bull. de la Société de Biologie. 1853.

[8]) Handbuch der Chirurgie. Bd. II. 1. S. 83.

[9]) London med. Journal. 1852 (Fälle von gefässreichen Geschwülsten innerhalb der Harnröhrenmündung, die durch Cauterisation und Excision entfernt wurden).

[10]) Traité pratique des maladies des organes génitaux-urin. I. Band.

[11]) Atlas der path. Anatomie. T. IV, Fig. 1.

[12]) Traité des maladies des voies urinaires. p. 538.

[13]) Urologie. p. 14, pt. I.

[14]) Traité des maladies vénériennes, 1838. p. 691.

Im Nachfolgenden mögen noch in Kürze die Fälle von Urethralpolypen mitgetheilt werden, die ich bisher endoskopisch zu beobachten Gelegenheit hatte:

1. Fall. Ein 23 Jahre alter Friseur, welcher nicht weniger als achtmal, zuletzt im vergangenen Herbste, den Tripper sich acquirirt hatte, stellte sich mir am 27. August 1872 im Ambulatorium der Klinik von Sigmund mit Condylomata acuminata vor, welche laut Angabe seit einem Jahre bestanden und bereits dreizehnmal mit Lapis cauterisirt worden sein sollen. Die Condylome sassen an der Harnröhrenschleimhaut, zu beiden Seiten des Orificium cutaneum und betrugen je ein Centimeter im Durchmesser. Nachdem diese innerhalb weniger Tage zur Heilung gebracht waren, konnte man noch in der schiffförmigen Grube durch starkes Auseinanderziehen der Lefzen ein kleines Condylom bemerken (2. October). Auch dieses wurde abgetragen. Am 21. April 1873 präsentirte sich Patient neuerdings mit einem kleinen Condylome am Orificium und einer Urethralblennorrhoe, welche er aber durchaus als spontan aufgetreten bezeichnete. In der That fand man ein Minimum von Secret nach Auseinanderziehen der mit einander verklebten Lefzen. Der Harn zeigte eine mässige Menge von Fäden und Flocken. Bei Untersuchung mit dem Endoskope fand ich, 4—5 Cm. vom Orificium, an der unteren Wand der Harnröhre ein mehr gegen links hin im Sehfelde befindliches, etwa 3 Mm. im Durchmesser haltendes, flaches Condylom, an dessen Oberfläche sowohl die körnige Beschaffenheit, als auch mehrere zierliche Gefässchen von oben nach unten hin ziehen (Fig. 1). Die Umgebung zeigte bloss leichte Reizung der Schleimhaut mit mässiger Secretion. Im Laufe des Monates Mai wurden diverse Injectionsmittel versucht, bis ich am 26. Mai die Abtragung der Wucherung unter Mithilfe des Endoskops mit einer kleinen Scheere vornahm. Am darauffolgenden Tage wurde die Schnittfläche cauterisirt. Nach einigen Tagen fand ich bei der endoskopischen Untersuchung die Schnittfläche geheilt. Bald darauf war die Blennorrhoe geschwunden. Seither war ich wiederholt in der Lage, die Urethra dieses Pat. zu untersuchen, ohne eine Recidive zu beobachten. Bemerkenswerth ist noch, dass er seither wiederholt mit Ulcera, aber nicht mit Blennorrhoe behaftet war.

Bei einem 2. Falle waren die durch das Endoscop gefundenen Neubildungen gleichfalls kaum hanfkorngross, jedoch in

grösserer Zahl vorhanden. Der betreffende Patient gestattete mir leider die Zeichnung durch einen fremden Arzt nicht. Wiederholt aufgetretene Beschwerden veranlassten ihn, sich öfter mit Harnröhren-Instrumenten untersuchen zu lassen, wobei angeblich öftere Widerstände, wie es hiess, von einer vermutheten Strictur herrührend, vorgekommen sein sollen. An der hinteren Urethralwand fand ich, circa 10 Cm. vom Orificium ext., 5 Excrescenzen, deren Spiegelbefund dem des früheren Falles nahezu gleich war. Ich zerstörte die kleinen Gebilde, die mit einem Instrumente schwer zu fassen waren, durch Cauterisation mit Lapis en crayon.

3. Fall. Ein etwa 25 Jahre alter Kellner war bereits im November 1872 wegen Blennorrhoea urethrae und Condyl. acum. am Orificium cutaneum ur. in meiner Behandlung. Am 4. Mai 1874 präsentirte er sich mit einem, seit 14 Tagen bestehenden Harnröhrentripper und neuerlich aufgetretenen Excrescenzen an der Harnröhrenmündung. Diessmal beunruhigte ihn vorzüglich das seit drei Tagen bestehende Bluthärnen. Nach wiederholter endoskopischer Untersuchung entliess ich den Kranken Anfangs Juli aus der Behandlung. Am 24. Februar 1876 stellte sich Pat. neuerdings mit einer Recidive der Condylome an der Urethralmündung vor und klagte zugleich über reichliches blennorrhagisches Secret. Schon bei oberflächlicher Untersuchung konnte man an der Innenfläche des linken Labium der Harnröhrenmündung eine Gruppe von kleinen, hanfkorngrossen Condylomen bemerken; die hintere Commissur, welche im früheren Erkrankungsfalle gleichfalls den Sitz für spitze Warzen abgab, war diessmal ganz frei. Ausserdem war mässiges, mucopurulentes Urethralsecret zu constatiren. Bei der hierauf gepflogenen endoskopischen Untersuchung mit einem Tubus von 10 Cm. Länge fand ich die Schleimhaut in dieser Distanz nahezu normal. Nach allmäligem Hervorziehen des Endoskops auf eine Entfernung von etwa 7 Cm. vom Orificium präsentirte sich die Mucosa im Zustande von Schwellung und Röthung; auch musste hier erst ein kleines Klümpchen Eiter von der Mitte des Sehfeldes beseitigt werden. Während das Instrument im Verfolge ganz langsam hervorgezogen wurde, schlüpfte plötzlich an der vorderen Partie des Sehfeldes die Schleimhaut sehr rasch hervor, so dass sie wie ein fremder Körper nahezu das ganze Sehfeld zu bedecken schien. Diese Erscheinung des Hervorschlüpfens wiederholte sich, wenn der

(selbstverständlich mit dem Conductor) zurück geschobene Tubus wieder nach vorne gezogen wurde. Schon aus diesem Symptome konnte die Diagnose eines Polypen der Urethra mit Sicherheit gestellt werden. Eine genauere Besichtigung des endoskopischen Spiegelbefundes bestätigte vollends diese Annahme. Die Unterscheidung der einzelnen Details dieses Polypen ermöglichte eine zweifache Art der Einstellung des Endoskops. In dem einen Falle nämlich sieht man den grösseren Theil der vorderen Harnröhrenwand und bloss die Hälfte des Polypen, in dem andern Falle lässt man den Polypen prolabiren, so dass die ganze vordere und ein Theil der unteren Wand von diesem gedeckt erscheint. Im ersten Falle zeigt der Spiegelbefund die untere Wand der Harnröhre etwas mehr geröthet und geschwellt, die centrale Figur, d. h. jene horizontale Linie, in welcher sich obere und untere Harnröhrenwand berühren, ziemlich kurz. An der oberen Wand, welche im Grossen und Ganzen dasselbe Verhältniss, wie die ihr gegenüberstehende aufweist, sieht man am linken oberen Segment einen Theil des Polypen, dessen Oberfläche ein ganz anderes Aussehen darbietet, als die radiär gestreifte Umgebung. Sie ist nämlich granulirt, zeigt einzelne elevirte Punkte und hie und da kurze Gefässchen. Charakteristisch ist der bogenförmige Rand. Bei passender Einstellung sieht man in dessen Nähe einen dunkeln Bogen, der offenbar als Schlagschatten aufzufassen ist, der durch die Neubildung geworfen wird. Stellt man jedoch in das endoskopische Sehfeld den ganzen Polypen ein, so bedeckt dieser einen grossen Theil des rechten Sehfeldes, so zwar, dass die centrale Figur nicht wahrgenommen wird. Der Rand des etwa linsengrossen Polypen läuft über die untere Wand der Harnröhre und lässt von dieser, sowohl nach unten als auch nach links, nur einen kleinen Theil frei. Will man sich über die Grösse, beziehungsweise die Dicke der Excrescenz einen Begriff machen, so schiebt man den Tubus wiederholt mässig nach rück- und vorwärts, wobei auch das ungeübte Auge sich rasch die Gewissheit von dem Vorhandensein eines Polypen verschafft. Der Polyp hatte also an der rechten oberen Wand der Harnröhre seinen Sitz und zwar 6·2 Cm. vom Orificium entfernt, wesshalb auch zur Untersuchung am bequemsten ein kurzes Endoskop benützt wurde. Die Mucosa im vorderen Antheile zeigte die Symptome einer mässigen Urethritis. Figur 2 zeigt das Neugebilde derart, dass

ein Theil desselben das Sehfeld deckt. Der Fall wurde am 25. Februar 1876 der Gesellschaft der Aerzte in Wien demonstrirt [1]).

Zur Operation dieses Neugebildes wählte ich in diesem Falle, angeregt durch eine Besprechung mit Herrn Professor Störck, ein locheisenartiges Instrument, welches zu Operationen von Kehlkopf-Polypen angegeben wurde. Dasselbe besteht aus zwei Ringen, von denen der untere einen schneidenden Rand besitzt und mit Hilfe eines Drahtes concentrisch gegen und in den oberen Ring gezogen wird. Dieses, mit einem Handgriffe versehene Instrument wurde mit Hilfe eines elastischen Katheters zuvor in die Urethra eingeführt. Hierauf schob ich neben dieses einen dünnen endoskopischen Tubus hinein und stellte das Neugebilde zwischen die beiden Ringe ein. Nachdem ich mich von der richtigen Einstellung überzeugt hatte, zog ich mittelst der am Handgriffe befindlichen Vorrichtung den unteren Ring heran und schnitt so den Polypen ab. Dieser befand sich an der Innenfläche des unteren Ringes des herausgezogenen Instrumentes (5. März 1876). Die Abtragung fand im Beisein des Collegen Dr. Schiff statt. Am darauf folgenden Tage wurde die Schnittfläche mit Lapis en crayon touchirt. Nach einigen Tagen war der Lapisschorf abgestossen und cessirte auch das blennorrhagische Secret aus der Urethra. Die histologische Untersuchung der Neubildung, welche auch Herr Prof. Wedl vorzunehmen die Güte hatte, ergab den Befund eines Papilloms nebst Zeichen von Entzündung und Extravasatbildung. Bei einer neuerlichen endoskopischen Untersuchung (10. April 1876) fand ich den Standort des Neugebildes in der Urethra normal, bloss eine mässige Rigidität der Urethralwandung fällt in jener Gegend auf.

[1]) Anzeiger der Gesellschaft der Aerzte. Nr. 18, 1876.

Klinische Mittheilungen.

Vom

Stabsarzte Dr. **Stitzer** in Mainz.

a) Gangrän der Primäraffection mit nachfolgender Syphilis acutissima.

F. G., 20 Jahre alt, ein anämischer, schlecht genährter Mensch von schwachem Knochen- und Muskelbau, kam den 15. September 1868 auf meine Abtheilung mit zwei von mumificirendem Brande schwarzgefärbten Stellen der Vorhaut, welche — jede ungefähr dreikreuzerstückgross — die ganze Dicke des Präputiums durchdrangen und auf der linken Seite am freien Rande dicht neben einander sassen. Die Demarcationslinie war bereits fast überall deutlich vorhanden. — Ausser jenen beiden Stellen, deren specifische Natur oder ehemalige geschwürige Beschaffenheit nicht mehr zu bestimmen war, liess sich durch die Untersuchung ein weiteres Localleiden (venerischen Ursprungs) nicht auffinden, hingegen waren die Initialerscheinungen einer allgemeinen fieberhaften Krankheit, als: Abgeschlagenheit, Mattigkeit, Gliederschmerzen, Frösteln, Appetitlosigkeit u. s. w. exquisit vorhanden. Die Körpertemperatur — Abends gemessen — erwies sich als nicht wesentlich erhöht (38·3^0 C.).

G. hatte sich in den ersten Tagen der vor noch nicht zwei Wochen begonnenen Herbstübungen, unmittelbar vor welchen bei der gewöhnlichen monatlichen Untersuchung auf ansteckende Krankheiten er als gesund befunden war, bei einem Beischlafe angeblich mit einer hausirenden Händlerin angesteckt und auf einem Marsche, den Tag vor seiner Aufnahme in das Spital, Schmerzen am Gliede empfunden, welche ihn veranlassten, sich krank zu melden. — G. erinnerte sich auf das Bestimmteste, nach dem verdächtigen Beischlafe weder wunde Stellen, noch Bläschen, noch Geschwüre, noch sonstige Affecte an dem Gliede bemerkt zu haben.

Bei lediglich localer Behandlung stiessen sich die gangränösen Hautfetzen in einigen Tagen völlig ab, die den bedeutenden Defect der linken Vorhauthälfte begrenzende granulirende Fläche reinigte sich und zeigte ganz normales Aussehen und Färbung, sowie die Tendenz zu einer schnellen Vernarbung. In Folge dessen waren die oben erwähnten Allgemeinerscheinungen weniger beachtet und auf die meistentheils unausreichende Ernährung und Nachtruhe, sowie auf die starken körperlichen Strapazen, die Bivouaks u. s. w. während des Manövers bezogen worden.

Da trat — es waren noch nicht drei Wochen vom muthmasslichen Tage der Infection an verflossen — unter Zunahme der bisher nicht erheblichen febrilen Erscheinungen — Abendtemperatur über 39° C. — zunächst eine intensiv icterische Färbung der gesammten Haut ein, ohne dass die Leber als vergrössert nachzuweisen oder die Lebergegend bei Druck schmerzhaft war. Diese Hautfärbung vollzog sich sozusagen unter den Augen des Beobachters und war in noch nicht 36 Stunden vollendet. Auf der icterisch — stellenweise fast olivengrün — gefärbten Haut erschienen nun ganz dicht aneinander stehende, unzählige rothe Flecken, und zwar über die ganze Körperoberfläche verbreitet, das Gesicht, den behaarten Kopf, das Scrotum, die Vorhaut, die Gegend um den After, Handteller, Fusssohlen, Finger und Zehen (Beuge- und Streckflächen), am dichtesten jedoch am Stamme. Diese Flecken waren fast sämmtlich kreisrund und im Durchschnitt noch nicht linsengross; in der Mitte derselben befand sich eine noch nicht stecknadelkopfgrosse, weisse, sich hart anfühlende Erhabenheit. Die so beschaffenen Eruptionen nahmen sehr schnell die Gestalt von Knötchen an, indem die rothe Fläche derselben unter Beibehaltung der kreisrunden Gestalt sich kegelförmig erhob. Die weisse centrale Erhöhung stellte jetzt meistens schon ein centrales Bläschen dar. — Kaum war sozusagen Zeit vorhanden, diese Umwandelung der Flecken in papelförmige Erhebungen verfolgen zu können, so trat schon eine neue Metamorphose ein, indem nämlich der Inhalt der Erhebungen in Eiter überging und nun die von Bläschen überdeckten Knötchen prall mit Eiter gefüllte Pusteln vorstellten. Vom ersten Entstehen des Exanthems bis zur völligen Pustelentwickelung waren vier Tage vergangen. — Die kaum fertigen Pusteln öffneten sich sehr schnell nach kaum mehrstündigem Bestehen, entleerten reichlichen, dünnflüssigen, fadenziehenden Eiter

und stellten nun ziemlich kreisrunde, die ganze Dicke der Epidermis durchsetzende, mit einem etwas erhabenen Walle — wahrscheinlich dem peripheren Rande der ehemaligen Papel — umgebene Hautgeschwüre dar, von denen die meisten sich mit einem dünnen, braunen Schorfe bedeckten, nur wenige die Neigung zum Bluten zeigten. Nirgends — mit alleiniger Ausnahme des behaarten Kopfes trat Borkenbildung ein. Das Jucken des Exanthems war anfänglich unerträglich, liess jedoch nach Application einiger nassen Einwickelungen bedeutend nach. Nunmehr wurde Acid. carbol. 1 auf Ol. provincial. 100 aufgepinselt und nach kaum einwöchentlichem Bestehen fing das Exanthem an, ebenfalls verhältnissmässig schnell abzuheilen, so dass mit Ausnahme des Kopfes und der Gegend um den After dasselbe auf der übrigen Körperoberfläche zu Anfang der dritten Woche des Spitalaufenthalts des G. mit Hinterlassung runder, meist weisser, seltener pigmentirter, kaum Narben zu nennender Depressionen verschwunden war.

Nur auf dem behaarten Kopfe gingen die durch das Exanthem entstandenen Hautgeschwüre viel tiefer als an den übrigen Körpertheilen und bedeckten sich mit umfangreichen, sehr schwer ablöslichen Borken. Der Grund dieser Kopfgeschwüre entzündete sich, wurde hart und schmerzhaft. Trotzdem heilten auch diese Ulcerationen nach Abweichen der Borken durch örtliche Behandlung mittelst Umschlägen einer Lösung von Acid. carbol. 1. Acid. tannic. 5. Aq. 100. ungefähr zwei Wochen später.

Zwei Efflorescenzen ferner, welche unmittelbar an der Aftermündung sassen, wandelten sich, jedenfalls in Folge ihrer beständigen mechanischen Reizung, in breite Condylome um und bestärkten so die anfänglich noch zweifelhafte Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Syphilis. — Sie heilten bei derselben rein örtlichen Behandlung ungefähr zu gleicher Zeit mit den Kopfgeschwüren, welche letztere tiefgehende, theils weisse, theils pigmentirte, fast nur unregelmässig gestaltete, der Haare beraubte Narben zurückliessen.

Mit der Umwandelung des knötchenförmigen Exanthems in das pustulöse trat eine acute, schmerzhafte Anschwellung aller dem Gefühl zugänglichen Lymphdrüsen ein; eine einzelne linksseitige Inguinaldrüse ging in Eiterung über; der Abscess heilte auffallend schnell.

Nachdem die granulirenden Flächen an der Vorhaut längst vernarbt und die Exantheme ebenfalls bereits verschwunden waren,

fing auch der Icterus an abzunehmen. Der Kranke war jedoch derartig erschöpft, dass an eine wirksame Behandlung der Gelbsucht, selbstredend noch viel weniger an eine etwaige antisyphilitische Therapie gedacht werden konnte. — Schliesslich war nach fünfwöchentlichem Spitalsaufenthalte G. bei einer rein örtlichen Behandlung von Icterus sowohl wie von den Hautaffecten befreit und erholte sich bei diätetischer Pflege überaus schnell, sowohl an Körperfülle wie an Körperkraft.

G. wurde als geheilt mit einer zurückgebliebenen geringen Verhärtung einiger linksseitiger Inguinaldrüsen entlassen den 30. October des genannten Jahres und ist bis März 1872, zu welcher Zeit derselbe mir aus den Augen gekommen ist, vollkommen gesund geblieben.

Ob die Primäraffection als (ein resp. zwei) Ulcera gangraenosa hinzustellen ist, d. h. ob der vorhandene Initialaffect durch irgendwelche accidentelle Schädlichkeiten gangränös wurde, oder ob die locale Einwirkung des syphilitischen Contagiums an sich primäre (ohne sonstigen Localaffect) Gangrän der betroffenen Gewebsstelle bedingen kann, bleibt dahingestellt.

Das pustulöse Exanthem am Körper muss als Pemphigus syphiliticus bezeichnet werden.

Die Kopfgeschwüre waren wohl Impetigo syphilitica.

Die breiten Condylome am After waren entweder nicht in Pusteln umgewandelte Papeln, oder aber aus Hautgeschwüren entstandene „nässende" Papeln.

Die Anschwellung der Lymphdrüsen ist im Allgemeinen als eine sympathische, in Folge des Exanthems, zu betrachten; die der linksseitigen Inguinaldrüsen kann auch von der eiternden Vorhautfläche abgeleitet werden.

Der Icterus ist auf Grund der übrigen klinischen Syptome als ein einfacher, jedoch durch eine specifische Ursache bedingter anzusehen.

Die Syphilis ist in dem beschriebenen Falle, welcher der erste ist, den ich ohne jegliche specifische und allgemeine Behandlung habe heilen sehen, ganz wie ein acutes Exanthem verlaufen.

Gangrän des initialen Localaffectes hinderte die syphilitische Infection nicht.

b) Vereiterung einer syphilitischen Induration.

U. B., 43 Jahre alt, ein muskulöser, gesund aussehender Mann, kam den 3. Mai 1869 mit drei kleinen, weichen Schankern auf meine

Abtheilung. Die Schanker sassen beiderseits dicht neben den Bändchen und heilten bei einfacher Behandlung in wenigen Tagen völlig zu. B. gab an, vor sechs Tagen den letzten Coitus und vor demselben schon seit langer Zeit — anderthalb Monate und länger — gar keinen mehr vollzogen zu haben. — Die weichen Schanker waren bereits fast zugeheilt, als ich unmittelbar hinter der Eichelkrone, ziemlich in der Mitte des Rückens des Penis, in der Vorhaut eine ungefähr erbsengrosse, sich hart anfühlende Geschwulst bemerkte. Dieselbe, von unveränderter Schleimhaut (dem inneren Vorhautblatte) umgeben, nahm rasch an Umfang zu, dagegen an Härte ab und erweichte schliesslich — vielleicht in Folge der verordneten häufigen, protrahirten warmen Bäder des Gliedes — an der höchsten Stelle, so einen kegelförmig in die Höhe getriebenen Abscess von der Grösse einer Bohne darstellend. Die erweichte Stelle brach auf, es entleerte sich etwas dicker, zäher, gallertartiger Eiter und die Geschwulst verwandelte sich nunmehr in ein kraterförmiges Geschwür, welches auf dem Grunde und seitlich von den Resten der geschilderten Induration umgeben war, mithin in ein Ulcus clavum, auf welches in einigen Wochen — den 25. Mai desselben Jahres — der Ausbruch der allgemeinen Syphilis (Roseola) erfolgte. Indolente Inguinaldrüsen waren bereits früher vorhanden.

Wäre die Incubation der syphilitischen Infection nur einige Tage früher vollendet gewesen, oder wären die Schanker etwas später zur Behandlung gelangt, so hätten die Ulcera mollia mit der in Erweichung übergegangenen, resp. in ein Ulcus durum umgewandelten Induration noch gleichzeitig existirt und die gemeinsame Entstehung beider wäre ganz offenbar auf den letzten Coitus bezogen worden.

Die erste Incubation der syphilitischen Infection erscheint in diesem Falle etwas länger, die zweite etwas kürzer als gewöhnlich.

In Bezug auf diesen Fall lässt sich die Frage aufwerfen, ob durch völlige Vereiterung einer syphilitischen Induration das syphilitische Gift völlig aus dem Körper entfernt werden, die Syphilis mithin abortiv verlaufen kann.

Impfungen mit dem entleerten Eiter auf den Träger habe ich nicht vorgenommen.

Ein ganz ähnlicher Fall wurde von mir auf der chirurgischen Klinik zu Halle a./S. 1861, jedoch leider nicht genau und nicht lange genug beobachtet.

c) Diphtheritis einer ulcerirenden Induration mit nachfolgender Syphilis.

G. L., 19 Jahre alt, ein blonder, wohlgenährter Mensch, ging den 18. August 1868 meiner Station zu mit einer kreisförmig die Harnröhrenmündung umgebenden, die Harnröhrenlippen selbst einnehmenden Ulceration, welche mit einem eigenthümlich gelblich-grau gefärbten zähen, nicht zu entfernenden Belage bedeckt war. Die Harnröhrenlippen, ja die ganze Eichelspitze war hart und starr anzufühlen; es war eine Induration dieser Theile vorhanden. Die Harnröhrenmündung selbst erschien durch diese Induration verengt und da sie auch erodirt war, so war das Urinlassen beschwert und schmerzhaft. Auch hatte sich, jedenfalls in Folge der genannten Zustände, ein unbedeutender Ausfluss aus der Harnröhre eingestellt [1]).

L. gab an, vor länger als einem Monate fast unmittelbar nach einem Beischlafe eine oder mehrere kleine weisse Bläschen an der Harnröhrenmündung bemerkt zu haben, die gejuckt hätten und sehr schnell, schon nach mehrstündigem Bestehen geplatzt wären. Danach hätten die von den Bläschen eingenommen gewesenen Stellen eine wunde Beschaffenheit angenommen, ohne jedoch noch schmerzhaft gewesen zu sein, wenngleich ab und zu beim Urinlassen ein leichtes Brennen eingetreten sei. Nach und nach habe jedoch sich jedes abnorme Gefühl an diesen Stellen verloren und habe auch die wunde Beschaffenheit derselben aufgehört, indem sich eine Verdickung daselbst bildete und die überziehende Haut wieder die normale Farbe und das gewöhnliche Ansehen zeigte. — Als er so die ganze Affection für beseitigt hielt, hatte er wieder einen Beischlaf mit einer, wie er später hörte, an Tripper leidenden Frauensperson vor ungefähr acht Tagen vollzogen. Einige Tage nach diesem Coitus wurde das Urinlassen schmerzhaft und trat auch ein wenngleich geringer Ausfluss aus der Harnröhre ein. Dieser Ausfluss bestimmte L., sich krank zu melden.

Die Untersuchung ergab ausser den oben bereits genannten Erscheinungen noch indolente Anschwellungen der beiderseitigen Inguinaldrüsen (Absorptionsbubonen).

---

[1]) Man hätte also in diesem Falle von einem „syphilitischen“ Tripper sprechen können.

Der geschilderte Zustand war bis auf den eigenthümlichen Belag oder das eigenthümliche Secret der Ulceration nicht zweifelhaft. — Die Behandlung beschränkte sich auf lauwarme Bäder des Gliedes und eine energische Aetzung — mit Arg. nitr. — der mit Belag bedeckten Ulcerationsfläche, und schien es auch in der That einige Tage lang, als ob die geätzte Fläche sich reinigen wollte. Jedoch kaum war der Aetzschorf einer zweiten Aetzung zum Theil abgestossen, da begann die bis dahin nur wenig secernirende Geschwürsfläche eine ganz ausserordentliche Menge dünnflüssiger, grünlich-gelblich gefärbter, kleine festere Bröckchen, aber gar keinen Eiter enthaltender Flüssigkeit abzusondern, welche die Verbandstücke durchdrang und die unverletzte Haut, z. B. Partien des Hodensackes, schnell corrodirte. Der Belag blieb nach wie vor fest und unentfernbar sitzen, und selbst die kleinen Stellen der Ulceration, welche bereits rein aussahen, überzogen sich mit einem dichten Filze grüngelber Massen. Entfernte man den Belag von einer Stelle mechanisch, so trat eine ziemlich unangenehme Blutung aus dem Schwellkörper der Eichel ein. Die schlimmste aber von allen Erscheinungen war, dass das Gewebe der Eichel in der rapidesten Weise von dem Belage zerstört wurde, so dass schon nach nur mehrtägigem Zuwarten bei Verband mit Acid. carbol. 1 auf Spirit. 10 nur etwas mehr als die Hälfte derselben vorhanden war. An den corrodirten Stellen der Vorhaut und des Hodensackes bildete sich derselbe Belag mit denselben Erscheinungen.

Es wurde desshalb die Kauterisation der den beschriebenen Belag zeigenden Stellen mittelst der Galvanokaustik (in der chirurgischen Klinik zu Königsberg) an dem in die Chloroformnarcose versetzten Kranken vorgenommen, wodurch auch an der Vorhaut und dem Hodensacke definitiv, an der Eichel zum grössten Theile der perniciöse Belag zerstört wurde. An zwei kleinen Stellen der Eichelulceration recidivirte der diphtheritische Belag, konnte jedoch durch Bepinselungen mit Acid. carbol. cryst. (in Alcoh. absolut. q. s. gelöst) zerstört werden.

Der beschriebene Belag konnte desshalb nicht als Nosocomialgangrän aufgefasst werden, da zunächst L. bereits mit demselben in das Spital aufgenommen wurde und ferner im Spitale — einer völlig getrennten syphilitischen Abtheilung — weder vorher noch nachher ein ähnlicher Fall beobachtet worden ist. Es muss desshalb als nicht

unwahrscheinlich hingestellt werden, dass L. diese Affection durch den letzten Coitus mit der angeblich mit Tripper behafteten Person sich wirklich zugezogen hat.

Während dieser örtlichen Behandlung der Ulceration — zu Anfang der dritten Woche des Spitalaufenthaltes des L. — trat sehr schnell ein fast universeller Hautausschlag hervor. Es entwickelten sich nämlich gleichzeitig an allen Stellen der Haut, im Gesicht und auf dem Unterleibe am meisten, theils Knötchen, theils Bläschen, jedoch vorzugsweise die letztere Form, welche, mit Nabel oder Delle versehen, den echten Pocken zum Verwechseln ähnlich sahen, jedoch weder von Fieber noch von Jucken begleitet waren. Im Gesicht und auf dem Bauche, wo sie am häufigsten waren, waren sie auch am grössten; namentlich erreichten sie im Gesicht eine auffallende Grösse und Höhe. An manchen Stellen, so auch im Gesicht, confluirten die einzelnen Eruptionen mit einander, bildeten ganze Conglomerate von mehreren Pocken, ja verwandelten sich öfters in eine einzige grosse. Nach kurzem Bestehen — im Durchschnitt höchstens 4—5 Tagen — wandelte sich der anfangs klare Inhalt der Pocken in Eiter um; die Bläschen und Blasen wurden Pusteln. Nach längstens achttägigem Bestehen waren wohl alle Eruptionen, die von Anfang an nicht sogleich Papeln dargestellt hatten, in Pusteln verwandelt. Die Pusteln platzten, entleerten ziemlich reichlichen, meist dünnflüssigen, serösen Eiter und bedeckten sich dann mit Borken, welche die grösste Aehnlichkeit mit den Borken von Rupia prominens hatten. Eine Eruption, die auf der Oberlippe sich befand, bildete eine Borke von über 3 Cm. Höhe; dieselbe sah wie ein Horn aus und sass so fest, dass man sie kaum entfernen konnte. Mitten durch diese Borke hindurch ging ein Barthaar.

Nach und nach bedeckten sich auch die Grenze des behaarten Kopfes an der Stirne, die Handteller und Fusssohlen mit dem gleichen Exanthem, nur mit dem Unterschiede, dass die späteren Eruptionen mehr Papeln blieben, nicht mehr in Pusteln sich umwandelten. — Am Hodensacke bildeten sich breite Condylome.

Schon früher, ehe die Kauterisation der diphtheritischen Geschwüre vorgenommen wurde, waren indolente Lymphdrüsenanschwellungen nachzuweisen gewesen und hatte sich eine gleichmässige Anschwellung der Schleimhaut des Rachens eingestellt, welche neben Schwerhörigkeit durch Verschliessung der Tubenöffnungen auch einen

Ausfluss aus der Nase veranlasste, der jedoch nicht eiterig war. Bald jedoch bildete sich aus jener Anschwellung ein fast die ganze Breite der hinteren Rachenwand einnehmendes, von den Gaumenbogen an bis fast zur Schädelbasis hinauf reichendes Geschwür mit dickem, eiterigem Belage und wallartig ansteigenden Rändern.

Es kam eine antisyphilitische Cur (Inunctionscur) mit täglichen warmen (27^0 R.) Vollbädern nebst Gurgelwässern zur Anwendung. Nach 24 Einreibungen war das Rachengeschwür geheilt, das Exanthem jedoch bestand auf dem Körper noch in Gestalt von kupferrothen, theilweise nach dem Centrum hin strahligen Narben, auf dem Gesichte in Gestalt von grossen Papeln und auf dem behaarten Kopfe als Psoriasis weiter fort. — Bald darauf bildete sich ein neues Rachengeschwür gerade unterhalb des zugeheilten ersten, von den Gaumenbogen an bis zum Kehlkopfeingange hin; gleichzeitig traten Psoriasiseruptionen auf dem Rücken auf.

Nachdem die antisyphilitische Behandlung, wie oben angegeben, über vier Monate (bis zum 21. December) gedauert hatte, heilten das Exanthem und das Rachengeschwür; auch die Ulceration an der Eichel, nachdem mehr als die Hälfte derselben zerstört war, schloss sich in Gestalt einer weissen, flachen, derben Narbe, die jedoch eine durch Bougies nicht wieder zu beseitigende, noch zu bessernde Harnröhrenstrictur zurückliess.

L. ist mir nach seiner Entlassung aus dem Spitale völlig aus den Augen gekommen.

Die diphtheritische rapide Zerstörung der Primäraffection hinderte die syphilitische Infection keineswegs, welche Thatsache allerdings nicht Wunder nehmen kann, da bereits Absorptionsbubonen vorhanden sein konnten, als die Diphtheritis auftrat.

d) Eine dem Lupus serpiginosus ähnliche Beschaffenheit der von einem Schankerbubo herrührenden eiternden Fläche.

D. M., 22 Jahre alt, ein nur mittelmässig genährter, fast mager zu nennender, langer, schwacher Mensch, der in zahlreichen indolenten Lymphdrüsenanschwellungen und zahlreichen Narben von in Eiterung übergegangenen Lymphdrüsen am Halse, sowie in einer chronischen Blepharitis glandularis die deutlichsten Spuren dagewesener Skrophulose darbot, kam den 29. August 1868 auf meine Ab-

theilung mit einem nicht grossen, jedoch etwas entzündeten weichen Schanker, welcher angeblich erst wenige Tage bestehen und durch einen vor genau neun Tagen vollzogenen Coitus acquirirt sein sollte.

Der Schanker sass auf dem inneren Blatte der Vorhaut links vom Frenulum. — Schon bei der Aufnahme des M. war eine entzündliche Röthe und Schwellung der Gegend der linksseitigen Inguinaldrüsen vorhanden, — dies auch der Grund, warum er ärztliche Hilfe gesucht hatte.

Bereits den zweiten Tag nach der Aufnahme färbte sich die Haut über den linksseitigen Inguinaldrüsen schwarz und es trat ein sehr schneller brandiger (sphacelöser) Zerfall der Haut daselbst ein, dass schon den dritten Tag der Hautdefect ungefähr handtellergross war. — Die schankröse Drüse wurde mittelst des schneidenden Löffels enucleirt, die eiternde Fläche nach einer tiefen Aetzung mit lauwarmen Umschlägen von Spec. aromat. mit Zusatz von Acid. carbol. (1 : 100) behandelt.

Der Schanker heilte in 15 Tagen; die eiternde Fläche in der linken Inguinalgegend jedoch, nachdem sie bis Ende Januar 1869 bis auf circa Thalergrösse zugeheilt war und die Granulationen derselben bereits das Niveau der umgebenden Haut erreicht hatten, stand auf einmal in der Heilung still. Die Geschwürsränder wulsteten sich, richteten sich fast senkrecht zur Geschwürsfläche in die Höhe und fingen an, halbkreisförmig sich auszubuchten. Diesen Kreisbogen folgend vergrösserte sich die eiternde Fläche nach und nach wieder bis fast zur Handtellergrösse. — Das früher strahlig weisse Narbengewebe, von dem geheilten Defecte herrührend, fing an, sich über das Niveau der umliegenden Haut zu erheben und eigenthümlich blauroth zu färben, an einzelnen Stellen knotenartige Erhebungen mit pustelartiger Abhebung der Epidermis zu bilden, die selbst wiederum zu eiternden Flächen zerfielen, zwischen denen Brücken von livid gefärbter Haut oder Narbengewebe bestehen blieben. Auch blieb an einzelnen Stellen die Haut oder das Narbengewebe inselartig erhalten, während ringsum der Geschwürsprocess sich etablirt hatte und weiterschritt. Die Granulationen der eiternden Fläche, aus denen stellenweise der Eiter pfropfartig austrat, nahmen ein ganz eigenthümliches Aussehen an, indem in denselben mehr weniger kreisrunde Stellen entstanden, die sich unter einander theils durch ihr verschiedenartiges Aussehen (Farbe und Configuration), theils

durch entstehende, geradezu klaffende Spalten mosaikartig abgrenzten, ohne jedoch Niveauverschiedenheiten darzubieten. — An den halbkreisförmig ausgebuchteten Rändern zeigten sich öfters braune, festhaftende Krusten, unter denen eine theils gelbe, dicke, eiterartige Substanz, theils eine bräunliche dünne Masse sich befand. Die Entfernung der Krusten rief stets eine Blutung aus den Geschwürsrändern hervor.

Die so geschilderte Beschaffenheit der eiternden Fläche erinnerte an Lupus serpiginosus; eine energische, tiefgehende Aetzung mit Pasta viennensis caustica zerstörte dieselbe und es trat unter dem gleichzeitigen innerlichen Gebrauche von Kalium jodatum endlich den 3. März 1869 völlige Vernarbung ein. Die glänzend weisse Narbe bestand aus zahlreichen scharfkantigen, erhabenen, theils geraden, theils wellenförmigen Strängen, die grosse Neigung zur Verkürzung zeigten. Es bedarf kaum der ausdrücklichen Erwähnung, dass Syphilis nicht vorhanden war.

Einen ähnlichen Fall habe ich 1863 in Danzig beobachtet, in welchem die beschriebene Beschaffenheit der Geschwürsfläche nicht zerstört werden konnte und der Kranke an Erschöpfung starb.

e) Syphilitische Reinfection mit gleichzeitiger Schankerübertragung.

L. K., 23 Jahre alt, Officier, ging Mitte December 1875 der Abtheilung des Stabsarztes Dr. Pfeiffer zu mit zwei charakteristischen (weichen) Schankern am inneren Blatte der Vorhaut linkerseits. Beide Geschwüre sollten nach den Aussagen des K. am 29. November — vier Tage nach einem am 25. November vollzogenen Coitus — entstanden sein. Nachdem dieselben den 5. December mit Arg. nitr. touchirt worden waren, trat die Entzündung einer linksseitigen Leistendrüse (kein Schankerbubo) ein, die den 20. December bereits in Abscedirung übergegangen war und mittels Incision behandelt wurde. Den 23. December — die Schanker waren bereits zugeheilt — machte sich unter den Erscheinungen eines geringen, nicht entzündlichen Trippers eine leichte Excoriation der Harnröhrenlippen bemerklich, die sich bei der Untersuchung als auf knorpelharter Basis sitzend documentirte. Es war eine complete Induration der Harnröhrenmündung vorhanden. Die Secretion dieser

nässenden Induration war jedoch gering und sistirte bei adstringirenden Umschlägen völlig. Bald trat eine Ueberhäutung der excoriirt gewesenen Fläche ein. Wenn nicht die weitere Behandlung des eiternden linksseitigen Bubo den Aufenthalt des K. im Spital nothwendig gemacht hätte, so wäre die Induration, die nicht an Grösse zunahm, auch nicht wieder sich excoriirte, sicherlich auf einen weiteren Coitus bezogen worden. Da traten ganz deutlich — den 17. Februar 1876 — indolente Lymphdrüsenanschwellungen ein, zuerst in beiden Leistengegenden, sodann im Nacken, und merkwürdigerweise ging eine bereits indolent angeschwollene linksseitige Leistendrüse, die allerdings der herausgeeiterten benachbarte, auch noch in Eiterung über (den 3. März). Es erfolgte hierauf der Ausbruch der allgemeinen Syphilis.

K., ein intelligenter Mann, gab hierauf an, dass er bereits den 18. November 1873 sich durch einen Coitus inficirt habe, auf welchen den 18. December 1873 eine Induration (kein Geschwür) an der Vorhaut — die angebliche Stelle derselben stellt sich heute als ein weicher, etwas pigmentirter Fleck dar — gefolgt sei, und diese habe weiterhin den am 5. März 1874 erfolgten Ausbruch der allgemeinen Syphilis (Roseola) bedingt. Er sei deshalb vierzehn Tage mit Sublimatpillen und vier Wochen mit Jodkalium behandelt und völlig geheilt worden. Jedenfalls habe er seit Mitte April 1874 bis Ende November 1875 irgendwelche Erscheinungen bestehender Syphilis nicht gehabt; namentlich nicht indolente Lymphdrüsenanschwellungen.

Positiv lässt sich constatiren, dass die von der ersten Infection herrührende, die Stelle der damaligen Induration noch kennzeichnende Pigmentirung an einem anderen Orte sich befindet, als die von der zweiten Infection herstammende Initialsclerose.

Die auf die erste syphilitische Infection bezüglichen Angaben des K. sind nachträglich von Seite des damaligen behandelnden Arztes bestätigt worden.

Ein Fall von Gangraena senilis des rechten Hodens nach Fricke'schem Verbande.

Von

Dr. **Schumacher** II in Aachen.

Der Fricke'sche Heftpflasterverband ist bei Nebenhoden-Entzündungen gegen Ende des acuten Stadiums hin, trotz der mit ihm verbundenen Unannehmlichkeiten, seiner nicht zu leugnenden praktischen Erfolge wegen die bis jetzt am häufigsten in Anwendung gezogene Methode der Behandlung derselben. Schon die einmalige Anlegung desselben führt häufig zum Ziele; auf der anderen Seite ist bei nothwendig werdender Wiederholung meist die Schmerzhaftigkeit, die der Patient am ehesten fürchtet, so gemindert, dass derselben nichts in den Weg gelegt wird, da ja die Aussicht auf vollkommenen Erfolg gegeben ist. Wenn nun auch die Nebenhoden-Entzündung, ihrer Entstehungsursache zufolge, hauptsächlich das jugendliche und kräftigere Alter heimsucht, der Fricke'sche Verband dem entsprechend auch meist unter gesunden Lebensbedingungen angelegt und ertragen wird, so verbietet doch weder ein rationeller Grund den Gebrauch desselben vorkommenden Falles in höheren Jahren, noch finden sich in der Literatur zahlreichere Beispiele von schlechtem Erfolge, die für die spätere Lebensperiode von seiner Verwendung abrathen oder wenigstens zu besonders grösserer Aufmerksamkeit auffordern. Daher möge es mir gestattet sein, einen letzteres Desiderat illustrirenden Fall für den grösseren Leserkreis zu verwerthen.

Herr J. von hier, 62 Jahre alt, von mittelstarker Constitution, doch guten Ernährungsverhältnissen, hatte im Herbste 1875 häufig an rheumatischen Schmerzen in der rechten Brusthälfte gelitten; Lungen- und Rippenfellerkrankungen waren, nach genauer Untersuchung, ausgeschlossen und reizende Einreibungen hatten Heilung gebracht. Bald nachher traten dieselben wandernden Schmerzen in den rechten Bauchmuskelpartien auf, wurden wieder erfolgreich mit äusseren Mitteln behandelt, doch blieb häufiges schmerzhaftes Ziehen zur rechten Leistengegend hin. Ende November bildete sich unter entzündlichen Erscheinungen in acuter Form eine rechtsseitige Epididymitis aus, die ich auch als rheumatische auffassen möchte, da das Vorhandensein irgend einer Urethritis auszuschliessen war und Patient von einer etwa früher aufgetretenen absolut nichts wusste.

Nach Hebung der entzündlichen Erscheinungen innerhalb 14 Tagen blieb eine so bedeutende Anschwellung des rechten Hodens und Nebenhodens zurück, dass Patient der dadurch bedingten Störung seiner Berufsthätigkeit wegen lebhaft davon befreit zu werden wünschte. Ich legte daher den 18. December einen Fricke'schen Heftpflasterstreifen-Verband an, um der grossen Empfindlichkeit des alten Herrn willen in möglichst schonender Weise und mit der Absicht, lieber durch Wiederholung desselben zum schliesslichen Resultate zu kommen. Die Schmerzen nach Applicirung des Verbandes waren intensiv, aber erträglich, liessen bis zum 19. December nach und den 20. December erklärte mir Patient seine volle Zufriedenheit mit demselben — objectiv war nichts Abnormes bei der Besichtigung zu eruiren. Am 21. December soll im Laufe des Tages unter dem Verbande das Gefühl von Kälterwerden der Geschwulst und Abstumpfung der Empfindung in derselben aufgetreten sein, dies aber ohne jede Belästigung oder Beunruhigung des sonst sehr besorgten Mannes ertragen worden sein.

Am 22. December sah ich den Patienten wieder munter und guter Dinge. Der Heftpflasterverband dagegen war fast ganz durchnässt von einer hellblutigrothen Flüssigkeit und liess nach seiner sofortigen Abnahme die von ihm vorher umschlossenen Partien des Scrotums als dunkelroth-schwärzliche Gebilde erkennen, etwa auf die Hälfte ihres Umfanges vor Anlegung des Verbandes reducirt. Die Oberhaut der Geschwulst war zum Theile abgelöst, feucht,

geruchlos, das Gewebe des Scrotums weich, aber nicht zerreiblich, unempfindlich auf Drücken oder Kneifen und dumpfes Schmerzgefühl trat nur bei sehr starkem Drucke auf den Hoden, weniger auf den Nebenhoden, hervor. Am Samenstrange war Empfindung und Gewebe normal und Pulsation bis zur Geschwulst hin bemerkbar. Dort wo der obere Rand des Verbandes das Scrotum umschlossen hatte, war durch Einschneiden desselben, cirkulär um dasselbe herum, eine nur die oberflächliche Gewebsschichte desselben freilegende, etwas eiternde und auf Berührung sehr schmerzende Demarcationslinie entstanden, die von dem Befunde, wie er sich in ähnlicher Weise bei manchem Fricke'schen Verbande, der einige Tage gelegen hat, stellenweise in unschädlicher Weise einstellt, in Nichts abwich.

Einige Minuten nach Lösung des Verbandes trat zwar etwas lebhaftere Röthung der Geschwulst ein, doch war kein weiteres sicheres Zeichen wiederkehrender Circulation zu beobachten und somit musste der Fall als artificieller Gangraena senilis anheimgefallen betrachtet werden.

Glücklicherweise war der schliessliche Ausgang besser denn der böse Anfang erwarten liess. Der Heilplan, der mir vorschwebte, basirte auf der Hoffnung, die eingetretene, voraussichtlich bis in die tieferen Gewebspartien hineinreichende Necrotisirung möglichst rasch in trockene und alsdann wohl unschädliche Mumification hinüberzuführen. Ich legte daher um die Hodengeschwulst herum eine ganz feine, trockene Leinwandschichte, die nur so oberflächlich mit Carbolöl (1 : 20) befeuchtet war, dass directes Ankleben verhindert wurde, um die Demarcationslinie aber herum einen ordentlichen Carbolöl-Verband. Schon nach zwei Tagen war Verheilung in der gehofften Weise zu ersehen, indem der unterste Theil der Geschwulst krustenförmig eintrocknete. Allmälig breitete sich dieser Eintrocknungsprocess nach oben hin aus, während zugleich die wenig eiternde, aber schön aussehende Demarcationslinie tiefer einschnitt. Die Verbandmethode erschien demnach ausreichend und schon nach einer Woche war fast die ganze Hodengeschwulst in eine so harte, schwarze Kruste verwandelt, dass sie nicht einmal mit dem Messer zu durchschneiden war. Dabei blieb das Allgemeinbefinden gleich gut und am Schlusse der dritten Woche nach Abnahme des Verbandes fiel die auf Wallnussgrösse zusammen-

geschrumpfte, steinharte Geschwulst ab. Dieselbe umschloss den früheren Hoden und Nebenhoden, da diese beiden Gebilde nachher in dem übrigbleibenden kleinen Scrotalstumpfe nicht mehr zu entdecken waren. Die kleine restirende Wundfläche der Demarcationslinie verheilte rasch und Patient ist mir, was ich nicht erwartet hatte, bis heute (Februar 1876) für das Gelingen der Herstellung dankbar.

Jahresbericht der Flechtenheilanstalt von DDr. Ernst und Theodor Veiel in Cannstatt vom Jahre 1875.

Verfasst von

Dr. Theodor Veiel.

Im Jahre 1874 war es uns zum letzten Male vergönnt, an der Seite unseres Vaters, Hofrath von Veiel, des Gründers der Anstalt, in derselben zu wirken. Am 8. August 1874 machte ein schweres Herzleiden seinem segensreichen und unermüdlichen Wirken ein Ende. Eine wohlverdiente ehrende Anerkennung ist ihm von Seite der Redaction dieser Blätter in dem 3. Hefte des Jahrganges 1874 zu Theil geworden.

Das Jahr 1875 war das 39. seit dem Bestehen der Anstalt, in welcher bis jetzt (1. Januar 1876) 4700 Kranke behandelt wurden. Davon wurden 175 im Jahre 1875 aufgenommen.

Von diesen gehörten 115 dem männlichen Geschlechte an, 60 dem weiblichen.

Das 60. Jahr hatten 15 überschritten, unter 14 Jahren standen 3. Verheiratet waren 90. Ortsarme kamen 5 in Behandlung. Dem deutschen Reiche gehörten 135 an und zwar vertheilten sie sich folgendermassen auf die einzelnen Gebiete desselben:

Preussen	48
Württemberg	33
Baiern	26
Freie Städte	13
Baden	7
Sachsen	5
Hessen	1
Oldenburg	1
Elsass	1

Die Schweiz sandte 10 Kranke, Russland 7, Holland 5, Belgien 3, England 4, Oesterreich und Frankreich je 1. Von aussereuropäischen Ländern kamen 5 aus den Vereinigten Staaten Nordamerikas, 2 aus Westindien und 1 aus Ostindien.

Von den verschiedenen Ständen waren die Kaufleute am stärksten vertreten mit 54, den Beamten gehörten 14, dem Militär 12 an. Gastwirthe waren 8, Oeconomen 4, Handwerker 6, Studenten 3, Techniker 1.

Folgende Krankheiten waren vertreten:

Eczema chronicum	55
Psoriasis	36
Acne (disseminata 8, rosacea 3)	11
Sycosis	7
Prurigo	3
Pruritus	3
Ichthyosis	2
Tylosis	1
Lichen ruber	1
Lichen urticatus	1
Pemphigus	1
Lupus (vulg. 13, erythemat. 5)	18
Epithelioma	1
Papilloma	1
Ulcera (pedis 3, septi narium 1)	4
Furunculosis	2
Favus	1
Syphiliden	24
Anderweitige Krankheiten (Drüsenanschwellungen etc.)	3
	175

I. Eczema chronicum.

Im Ganzen 55 Fälle und zwar Eczema universale 12, Eczema partiale 43. Geheilt konnten 46 entlassen werden, gebessert 4, in Behandlung verblieben 5.

Die grösste Zahl der behandelten **partiellen Eczeme** bildete das **Eczema capillitii** (fünfmal bei Männern, viermal bei Frauen).

Am häufigsten zeigte es sich unter der Form des Eczema rubrum s. madidans. Ein reines Eczema vesiculosum wurde nur Einmal bei Kahlkopf beobachtet. Unter der Form des Eczema squamosum kam es in 4 Fällen zur Beobachtung. Ein Fall zeigte jene asbestartig glänzenden Schuppen, welche als weisse Haube den Kopf überziehen, während die drei anderen Fälle nur wenige Schuppen auf geröthetem Grunde zeigten. Bei allen war das Eczem gleichmässig über den ganzen behaarten Kopf verbreitet und liess sich keine ganz gesunde Hautinsel zwischen den erkrankten Stellen auffinden. Nie beschränkte es sich auf den behaarten Kopf allein, sondern stets waren auch angrenzende Hautpartien erkrankt. Am häufigsten der Nacken, die Ohren und die Stirne. Sämmtliche Fälle bestanden schon längere Zeit (12, 7, 5, 4 Jahre), nur ein Fall erst seit 8 Wochen.

Die Dichtigkeit der Haare hatte bei allen mehr oder weniger abgenommen. Am auffallendsten war es bei einer sechzehnjährigen Blondine, welche statt der früheren schönen dichten Zöpfe nur noch kurze, straffe, brüchige, dünn gesäete Haare zeigte.

Von den 9 Kranken mit E. capillitii hatten 5 in ihrer Jugend an Erscheinungen der Scrophulose gelitten. In der Familie einer Frau liess sich folgende Reihenfolge constatiren: Ihre Mutter hatte an Eczem der Augenlider und Ohren gelitten. Sie selbst hatte ein Eczema capillitii und ihre Tochter zeigte wieder ein Eczem der Augenlider.

In einer anderen Familie litten zwei Brüder seit Jahren an Eczema capillitii chronicum. Alle 9 Patienten konnten vollständig geheilt entlassen werden.

Eczema faciei.

E. fac. totale 6. Drei davon nässten und bedeckten beim Eintrocknen das Gesicht mit dicken, gelben Borken, welche an Nase und Ohren stalaktitenähnliche Formen zeigten. Zwei traten als Eczema squamosum auf. Bei einem Kranken hatte sich während der langen Dauer der Erkrankung ein sehr starkes Ectropion des unteren Augenlides gebildet. Die Haut fühlte sich sehr hart an, war ausserordentlich spröde, und auch nach vollständiger Heilung des Eczems blieb ein Ectropion geringen Grades zurück.

Zwei zeigten die papulöse Form, die in der Regel mit sehr heftigem Jucken verbunden ist und sich durch grosse Hartnäckigkeit

auszeichnet, indem gruppenweise immer wieder neue Eruptionen auftreten, ehe die vorhergehenden abgeheilt sind.

Bei einem der unter Eczema f. madidans angeführten Kranken, einem 76jährigen Weinhändler, waren ausser dem Gesichte beide Hände erkrankt. Bei ihm bildeten sich stets wieder neue Recidive und konnte derselbe nicht vollständig geheilt werden. Die hereditäre Ursache war hier so auffallend, dass wir sie hier anführen wollen. Der Grossvater väterlicher Seite hatte an Eczema pedum gelitten, ebenso beide Eltern und ein Bruder des Vaters. Zwei Brüder und eine Schwester des Kranken hatten Eczem.

Ein Fräulein mit Eczema faciei papulatum war zu gleicher Zeit mit ihrem an Eczema manus papulatum leidenden Vater in unserer Behandlung.

Zwei andere Kranke hatten in ihrer Jugend viel an Scrophulose gelitten.

Zwei dagegen, ein junger Officier und ein Kaufmann, waren sonst ganz gesund. Bei ersterem war das Eczem während des Winterfeldzuges 1870, wo er sich dem kalten Nordwinde viel auszusetzen hatte, ausgebrochen, beim letzteren hatte eine lang dauernde Eisenbahnfahrt am offenen Fenster bei kaltem, trockenem Ostwinde die Erkrankung herbeigeführt.

Eczema fac. part. Am häufigsten war das Ecz. ciliorum (5). Zweimal als Ecz. rubrum, ohne auf die Haarbälge überzugreifen, zweimal mit Sycosis ciliorum, einmal als Eczema squamosum. Alle fünf, zwei Männer, drei Frauen, hatten an Scrophulose gelitten.

Eczema aurium allein auf die Ohrmuschel beschränkt, kam in der Anstalt nicht zur Behandlung, dagegen wurde es während der grössten Winterkälte unter den ambulant behandelten Kranken auffallend häufig unter der Form des acuten, stark nässenden Eczems beobachtet.

Gewöhnlich war beim chron. Eczema aurium zugleich das Gesicht und noch häufiger der Kopf befallen, und trat es in der Mehrzahl der Fälle mit starkem Nässen auf, seltener als Eczema squamosum. Im letzteren Falle hatten sich meist an der Uebergangsstelle der hinteren Ohrfläche in die regio mastoidea tiefe, ausserordentlich schmerzhafte Rhagaden gebildet. In einem Falle war die Haut so stark infiltrirt und über dem Knorpel gespannt, dass die Scapha navicularis zwischen Helix und Anthelix und die Fossa triangularis

zwischen den beiden Schenkeln der Anthelix vollständig verstrichen waren. In der Mehrzahl der Fälle war ein Eczem des äusseren Gehörganges zugleich vorhanden, das zu sehr bedeutender Schwerhörigkeit führte.

Eczema nasi.

Eczem der Nasenlöcher mit Eczem der Oberlippe und starker Secretion der Nasenschleimhaut wurde wiederholt mit gutem Erfolg behandelt. Es gehört zu den am schwersten heilbaren Eczemen.

Eczema oris (2).

Bei dem einen, einem jungen Manne von 21 Jahren, blieb es auf die beiden Mundwinkel beschränkt und führte hier zu sehr schmerzhafter Rhagadenbildung, bei dem andern, einem 18jährigen Jüngling, hatte es Ober- und Unterlippe ergriffen, zeigte auf der äusseren Haut die Bläschenform, während es auf der Schleimhaut der Lippen durch Abschuppung und Rhagadenbildung sich kundgab. Beide trugen deutliche Spuren der Scrophulose an sich.

Eczema colli (1). Aus kleinen, dicht gedrängt stehenden, lichenartigen, stark juckenden Knötchen bestehend (Eczema papulatum), hatte es eine 30jährige Frau befallen. Es blieb nur auf den Nacken beschränkt.

Eczema mammae kam nicht zur Behandlung.

Eczema umbilici betraf zwei Männer; es trat beide Male unter der Form des Eczema squamosum auf. Der vertiefte Nabel bildet das Centrum desselben. Auffallend war die ausserordentlich scharf hervortretende Grenze zwischen gesunder und kranker Haut. Der eine Kranke litt zugleich an Eczem des Schambergs und des Penis.

Eczema genitalium (dreimal bei Männern als Eczema scroti). Einmal mit starkem Nässen verbunden. In den beiden anderen Fällen war eine sehr bedeutende, äusserst hartnäckige (fast bei jedem älteren Eczema scroti zu beobachtende) Verdickung der von tiefen Furchen durchzogenen, beim Anspannen matt erscheinenden Scrotalhaut vorhanden, welche vielfach mit Excoriationen („Kratzeffecten") bedeckt war.

Eczema labior. genit. muliebr. war in keinem Falle auf diese Theile beschränkt, sondern kam nur als Theilerscheinung des Eczema

universale zur Behandlung. Bei einer Kranken, einer 30jährigen Frau, bildete es den Ausgangspunkt, von welchem aus sich das Eczem über den ganzen Körper verbreitet hatte.

Eczema extremitatum.

Auf Arme und Beine beschränkt, ohne gleichzeitige Erkrankung anderer Theile viermal.

Bei zweien, einer jungen Westindierin und einem 35jährigen, an Fettsucht leidenden, 150 Kilogramm wiegenden Manne, war eine sehr bedeutende, elephantiasisartige Verdickung der unteren Extremitäten vorhanden. Bei beiden trat es als E. madidans auf.

Eczema manus (siebenmal) zeigte alle Uebergangsformen vom nässenden bis zum impetiginosen Eczem.

Bei einer 36jährigen Frau hatte es nur die Knöchel der linken Hand ergriffen und zeigte hier eine ganz ausserordentliche Hartnäckigkeit. Die Haut war hier sehr stark verdickt und von äusserst schmerzhaften Rhagaden durchzogen.

Ein 30jähriger Mann erhielt während der Behandlung eines Eczems der Unterschenkel und der Arme unter starkem Jucken und intensiver Röthung eine sehr bedeutende Verdickung der Haut über sämmtlichen Fingerknöcheln. Es kam jedoch nicht zum Nässen, sondern die Anschwellung nahm ohne jede locale Behandlung unter wiederholter grossblättriger Abschuppung wieder ab, indem sich einzelne kleinere Knötchen schärfer abgrenzten. Auch diese verkleinerten sich unter fortdauernder Schuppenbildung mehr und mehr und am Ende der Kur hatte die Hand wieder ihr normales Aussehen gewonnen.

Bei 5 von den 7 an E. manus leidenden Kranken liessen sich bei Eltern oder Geschwistern oder Kindern anderweitige Eczeme nachweisen.

Eczema universale (12, 4 Männer, 8 Frauen). 3 standen im jugendlichen, 6 im gereiften und 3 im Greisenalter.

Der Natur des Eczems gemäss waren oft bei demselben Individuum die verschiedenen Formen (Eczema rubr. etc.) auf verschiedenen Körpertheilen vertreten. Im allgemeinen war in den älteren Fällen die squamöse Form mit Infiltration der Cutis und Rhagadenbildung überwiegend, während bei frischeren Erkrankungen die Bläschenbildung und das Nässen überwog. Bei zweien, einem 33jährigen

Mönche und einem Lehrer von 36 Jahren, sah das universelle Eczema squamosum einer Pityriasis rubra so frappant ähnlich, dass nur das Jucken und die Heilbarkeit desselben als Unterscheidungsmerkmale gelten konnten. Denn nirgends war eine starke Infiltration der Haut oder Rhagadenbildung vorhanden. Die diffuse, beim Fingerdrucke einer gelblichen Färbung weichende Röthe mit spärlicher Bildung kleienartiger Schuppen waren die einzigen in's Auge fallenden Symptome.

Zwei der Kranken, ein 16jähriges Mädchen und ein 37jähriger junger Mann, hatten die Krankheit seit ihrer ersten Kindheit. Bei beiden hatte sich eine ausserordentlich starke Infiltration der Cutis und des Unterhautzellgewebes gebildet. Das Mädchen war die Tochter eines Arztes, dessen noch lebende Mutter an Eczem litt. Er selbst hatte Eczema manus und seine beiden Töchter litten seit früher Jugend an Eczem.

Der Vater des jungen Mannes hatte E. manus und sein Bruder litt ebenfalls an Eczem. Ausser bei diesen beiden Kranken liessen sich noch bei 3 anderen hereditäre Momente nachweisen, also im Ganzen bei 5 unter 12 Kranken. Von den übrigen 7 Kranken hatten 2 in ihrer Jugend an Scrophulose und einer an Rhachitis gelitten. Zwei ältere Herren wurden gleichzeitig durch Gicht geplagt.

Von Gelegenheitsursachen sind folgende anzuführen: Ein 60jähriger Mann hatte sich durch eine Badekur in einem der vielbesuchtesten Salzbäder, eine 18jährige junge Dame durch eine solche in einem Schwefelbade das Eczema zugezogen.

Diese Erscheinung kommt in der Anstalt ziemlich häufig zur Beobachtung, dass durch Badekuren in Salz- oder Schwefelbädern sehr ausgedehnte und oft sehr hartnäckige Eczeme hervorgerufen werden. Der oben erwähnte Capuziner suchte das ätiologische Moment in den rauhen Kleidern, welche ihm sein Orden auferlegt hatte.

Starkes Schwitzen hatte bei 5 Patienten die Veranlassung zu einem **Eczema intertrigo** gegeben (4 Männer, 1 Frau).

Bei letzterer hatte die Krankheit ihren Sitz unter der stark herabhängenden Mamma. Bei 3 von den Männern hatte sie die innere Schenkelfläche, den Damm, die Afterkerbe und das Scrotum befallen, ganz in der gewöhnlichen Ausbreitung des Eczema marginatum. Jedoch waren in keinem dieser 3 Fälle die kranken Hautstellen von den gesunden durch einen deutlichen Wall abgeschieden,

und in keinem war, trotz eifrigsten Suchens, eine Spur von Pilzen aufzufinden gewesen.

Bei dem vierten, einem stark beleibten Herrn, waren die Genitalien frei, dagegen die Afterkerbe, die Inguinalfalten, die Achselhöhle und die beiden Falten, welche den Bauch von der Brust und vom Schamberg trennten, der Sitz des Eczems. Die Behandlung des Eczems war in der Mehrzahl der Fälle, besonders in den veralteten und seit der Kindheit bestehenden, sowohl eine innere als eine äussere. Abgesehen von allen Theorien haben wir die feststehende Erfahrung gemacht, dass hartnäckige und langwierige Eczeme viel rascher und nachhaltiger geheilt werden, wenn die äusserliche Kur durch innere Mittel unterstützt wird.

Beim Beginn der Kur ist in veralteten, mit starkem Nässen verbundenen Fällen die Anwendung des Decoctum Zittmanni angezeigt.

Wiederholt sahen wir stark nässende, weit verbreitete Eczeme beim Gebrauch desselben ohne alle Anwendung äusserer Mittel im Verlaufe von circa 8 Tagen vollständig abtrocknen, ohne dass der Kranke dabei von Kräften gekommen wäre und die scheinbare Besserung einem künstlich herbeigeführten abnormen Schwächezustand hätte zugeschrieben werden können. Im späteren Verlaufe der Kur gingen wir in veralteten Fällen bei bedeutender und hartnäckiger Infiltration der Cutis zum Arsenik über, in Form der Pillulae asiaticae (bis 12 Stück à 0·002 gr.) oder noch besser des Liquor Kali arsenicosi (1·0—1·5 gr. pro die). Von letzterem können bei weitem keine so grossen Dosen Arsenik gegeben werden, wie von den Pillen, wie wir vermuthen deshalb, weil die Pillen sich nicht immer vollständig lösen und zum Theil unverdaut wieder abgehen. Bei starker Blutarmut wurden zu gleicher Zeit Eisenpräparate gegeben. Bei exquisit scrophulösen Individuen hatte die Darreichung von Jodkalium (1·0 pr. die) und des Jodleberthran (1 : 1000. 3 Essl. pr. die) den besten Erfolg.

Die locale Behandlung wurde meist mit Einreibungen von grüner Seife begonnen. Nur bei sehr zarter Haut oder bei an den Kräften heruntergekommenen Individuen wurde davon Abstand genommen. Stets kamen wir trotz wiederholter Versuche mit anderen Mitteln auf die Seifeneinreibungen zurück, indem uns die Erfahrung lehrte, dass die auf diese Weise behandelte Haut viel weniger Neigung zu Recidiven zeigte. (Auch in der späteren Behandlung wurde die grüne Seife mit dem besten Erfolge angewandt, und zwar besonders

gegen die so schwer heilbaren und schmerzhaften Rhagaden. Hier wird sie von keinem anderen Mittel übertroffen. Mittels eines Haarpinsels wird sie dreimal täglich in die Furchen eingebracht). Nachdem die Abschälung erfolgt war, ging man, wenn noch nässende Stellen vorhanden waren, zu der Hebra'schen, mit Olivenöl bereiteten Diachylonsalbe über, welche, auf Flanell gestrichen, aufgelegt wurde. Sobald die Wunden geheilt waren, wurde derselben successive Theer zugesetzt (bis zu gleichen Theilen) und in hartnäckigen Fällen wurde dieser Mischung noch Carbolsäure beigefügt. Statt der Theersalbe wurde auch wiederholt der reine Theer oder Theerspiritus (Pic. liqu. Spirit. aa.) angewandt, dessen Wirkung bedeutend verstärkt werden kann, wenn man ihn flüssig erhält dadurch, dass man die eingeriebenen Stellen sofort mit Kautschuktaffet bedeckt. (Statt dessen wurde auch bei umschriebenen erhöhten Infiltrationen der Haut ein Theerpflaster mit bestem Erfolge angewendet, das aus gleichen Theilen Emplastr. lithargyri u. Pic. liqu. unter Zusatz von Emplast. adhaesivum bereitet wurde.) Der Theerspiritus wurde besonders an solchen Stellen angewandt, wo die Application von Fett schlecht ertragen wurde, wie in den Bart- und Schamhaaren, wo durch Theer in Salbenform oft artificielle Sycosis hervorgerufen wird. Dasselbe gilt vom Eczem der Hände, besonders wenn gleichzeitig die Nägel und Fingerspitzen afficirt sind. Hier wird oft das Fett sehr schlecht ertragen. Ehe er an den Nägeln eingepinselt wird, werden dieselben mit einem Glasscherben so dünn als möglich geschabt. Bei starkem Jucken, wie bei Eczema scroti und perinaei verdient er ebenso den Vorzug vor der Theersalbe zumal, wenn ihm noch Carbolsäure (1 : 50 Theerspiritus) zugesetzt wird. Um dem Ankleben des Theerspiritus an die Wäsche vorzubeugen, werden die bepinselten Stellen (wie dies auf der Wiener Klinik gebräuchlich ist) mit Stärkmehl eingepudert.

Die beschriebene Art der Behandlung führte in den meisten Fällen zum Ziele, doch sah man sich auch wiederholt genöthigt, zu noch stärkeren Mitteln zu schreiten. Hier leistete die Rochard'sche Jodquecksilbersalbe, verstärkt durch Mercur. bijodat (1 : 30), ausgezeichnete Dienste, besonders wenn sich auf einer dicken, infiltrirten Cutis immer wieder neue Nachschübe zeigten. Selbstverständlich wurde die Salbe wegen ihrer grossen Schmerzhaftigkeit und der bei ausgedehnter Anwendung eintretenden Vergiftungssymptome (Erbrechen, Durchfall mit Darmblutungen und darauffolgende hartnäckige Ver-

stopfung) nie auf grössere Flächen angewendet. Nur in äusserst seltenen Fällen sah man sich genöthigt, zu noch stärkeren Mitteln, Aetzcollodium und Kali caustic. überzugehen, um hartnäckige, umschriebene Infiltrationen zu zerstören.

In solchen Fällen, wo der Theer des Geruches halber nicht anwendbar war, oder wo er wegen der eintretenden Allgemeinerscheinungen nicht ertragen wurde, kam der weisse Praecipitat oder das Zinkoxyd in Salbenform zur Anwendung. Bei Eczema scroti leistete uns folgende Salbe wiederholt sehr gute Dienste: Hydr. praec. alb. 1, Ol. jecor. asell. 25, Adip. suill. 50 part.

Die Alumina acetica in wässeriger Lösung (1 : 100) ist bei Eczema intertrigo am meisten zu empfehlen. Die Eczeme an den Uebergangsstellen von äusserer Haut in Schleimhaut werden durch eine salpetersaures Quecksilberoxydul haltende Salbe oder eine Lösung von Cuprum oder Zinc. sulf. in Glycerin (1 : 100) am besten geheilt.

Unterstützt wurde die Kur durch lauwarme Kleien- und Sodabäder. Nur bei wenigen Kranken musste von ihnen Abstand genommen werden, weil sie auf der zarten und reizbaren Haut neue Eczemerruptionen hervorriefen.

II. Psoriasis.

Im Ganzen 36 Fälle (29 Männer, 7 Frauen). Geheilt konnten entlassen werden 28, gebessert 7, 1 blieb in Behandlung. Weit entfernt, behaupten zu wollen, dass es uns gelungen, die Psoriasis für immer zu heilen, führen wir unter der Rubrik „geheilt“ diejenigen auf, bei welchen bei dem Austritte aus der Anstalt die Psoriasis vollständig verschwunden war.

Psoriasis diffusa (25) **und Psoriasis guttata** (11).

Bei der Mehrzahl zeigte sich die Psoriasis mehr weniger fleckenweise über den ganzen Körper verbreitet. Nur 3 waren vom Scheitel bis zur Zehe von der Krankheit bedeckt und zeigten das Bild der Psoriasis diffusa universalis, wobei die Cutis eine dunkel braunrothe Farbe zeigt, während sich auf ihr eine ganz enorme Menge breiter, grosser, weisser Schuppen abblättert. An den Gelenkbeugen ist der tief geröthete Grund von äusserst schmerzhaften Rissen durchsetzt.

Psoriasis localis (3).

Bei einem älteren Herrn (56 J.) war trotz wiederholter Recidive die Psoriasis stets auf zwei ganz umschriebene Stellen, einer an der inneren Seite des linken Oberschenkels (c. 4 Cm. im Durchmesser) und einer am Halse (c. 3 Cm. im Durchm.) beschränkt geblieben.

Bei den beiden anderen Kranken, einem 51jährigen Herrn und einem Jüngling von 18 Jahren, war sie auf Handteller und Fusssohle beschränkt (nicht syphilitisch). Bei ersterem löste sich die Epidermis in grossen, dicken, weissen, glänzenden Fetzen von dem intensiv gerötheten, glasartig spröden Grunde ab. Wiederholt löste sich die ganze Fersenhaut in einem zusammenhängenden Stücke ab. Jucken war mit dem Leiden nicht verbunden.

Die Psoriasis communis hatte am häufigsten den Kopf, die Knie und den Ellbogen befallen. Schwerhörigkeit in Folge der Psoriasis des äusseren Gehörganges wurde zweimal beobachtet.

Die meisten Kranken standen in der Blüthe der Jahre, zwischen dem 20. und 40. Jahr. Unter 20 befanden sich nur 4, dagegen hatten 10 das 40. Lebensjahr überschritten. Erstmals war die Krankheit nicht zwischen dem 16. bis 30. Jahre aufgetreten; vor dem 10. Jahre nur zweimal, nach dem 50. Jahre dreimal.

Abgesehen von der Psoriasis, erfreuten sich die meisten einer anhaltenden Gesundheit und zeigten meist ein blühendes Aussehen.

Bei 16 Kranken war die Erblichkeit der Krankheit nachweisbar. Oefter war sie ein Erbstück von der Mutter als vom Vater. Bei drei Erkrankten hatte die Psoriasis sich mit Ueberspringung der Eltern von den Grosseltern auf die Enkel fortgepflanzt. An Scrophulose hatten in der Jugend nur 6 gelitten.

Gicht war bei mehreren Kranken neben der Psoriasis erblich in der Familie.

Der Urin wurde bei mehreren aus solchen Familien stammenden Kranken wiederholt gründlich untersucht, es konnten aber keinerlei Abnormitäten, besonders keine abnormen Mengen von Harnsäure in demselben nachgewiesen werden. Bei einem Mädchen von 16 Jahren war dem Ausbruche der Psoriasis eine langwierige Furunkulose vorausgegangen. Dass bei einem zur Psoriasis geneigten Menschen örtliche Reize den Ausbruch der Krankheit hervorrufen

können, hatten wir wiederholt Gelegenheit zu beobachten. So traten bei einer Dame nach Application von Schröpfköpfen auf dem Rücken an diesen Stellen die ersten Psoriasisefflorescenzen auf.

Die Therapie der Psoriasis bestand in der Regel in der Anwendung innerer und äusserer Mittel.

Unter den ersteren nahm der Arsenik die erste Stelle ein. Derselbe wurde in der Form der asiatischen Pillen oder der Solutio arsenic. Fowleri gereicht. Wurde er in Pillenform gegeben, so wurde mit 0·01 Gramm begonnen und dann allmälig selbst bis zu 0·03 Gramm pr. die gestiegen. Von der Solut. ars. Fowleri werden keine so grossen Dosen ertragen (conf. b. Eczem) und treten die ersten Zeichen der Uebersättigung mit Arsenik viel früher auf. Als solche wurden beobachtet: Entzündung der Conjunctiva, Trockenheit der Augen, Trockenheit in Schlund und Nase, Magendrücken, Leibschmerzen, Durchfälle. Sofort beim Auftreten eines dieser Symptome wurde der Arsenik mehrere Tage ausgesetzt. Gegen das Ende der Kur wurde die Dosis wieder gradatim vermindert.

In keinem einzigen Falle war die Anwendung des Arseniks von nachtheiligen Folgen begleitet, während er in seiner Wirkung auf die Psoriasis fast als Specificum bezeichnet werden kann.

Auf die wiederholten Empfehlungen des schon früher von Hardy empfohlenen Copaivabalsams von englischer Seite entschlossen wir uns, einen Versuch mit demselben zu machen. Leider ist es in einer Privatklinik nicht möglich, diese Versuche ganz rein anzustellen, da die Kranken stets eine möglichst kurze Kurdauer erstreben, und so sahen wir uns auch in diesen Fällen genöthigt, neben dem innerlichen Gebrauch des Copaivabalsams noch eine äussere Theerbehandlung einhergehen zu lassen. Zuerst wurde er angewandt bei Psoriasis diffusa universalis mit Zustimmung des Kranken, der schon alle möglichen Kuren durchgemacht hatte. Derselbe nahm im Ganzen während der Kur 1205 Capseln à 0·5 Gramm = 602·5 Gramm. Täglich wurden 20 solche Capseln, also 10 Gramm, ohne irgend welche nachtheilige Folgen gegeben. Selbst das erwartete Copaiva-Exanthem blieb aus und nach zwei Monaten war dieser schwere Fall von Psoriasis diff. univ. vollständig geheilt.

In drei anderen Fällen (Psoriasis guttata) war ebenfalls der Erfolg ein scheinbar günstiger. Dagegen zeigten die Kuren eine viel

geringere Nachhaltigkeit als beim Arsenik, indem bei allen 4 Kranken sehr bald nach der Kur Recidive sich einstellten.

Dasselbe gilt vom Phosphor, der in Olivenöl gelöst in Gelatinecapseln verabreicht wurde, welche per Stück 0·001 Gramm Phosphor enthielten. Mit 2 Capseln pro die wurde begonnen und allmälig auf 5 bis 6 Capseln pr. die gestiegen.

Der augenblickliche Erfolg war ein guter. Der Phosphor hatte keinerlei schädlichen Einfluss auf das Allgemeinbefinden, dagegen zeigten die sehr bald auftretenden Recidive eine aussergewöhnliche Hartnäckigkeit und Bösartigkeit.

Jedenfalls ist der Arsenik beiden Mitteln weitaus vorzuziehen. Ueber die Wirkung der Salicylsäure, welche wir in Pillenform bis zu 0·5 Gramm pr. die verabreichen, sind unsere Untersuchungen noch nicht abgeschlossen. Doch scheint dieselbe bei Psoriasis wirkungslos zu sein.

Die äusserliche Behandlung wurde in der Regel mit Einreibungen von gewöhnlicher oder mit Liqu. Kal. caust. verstärkter grüner Seife begonnen. Nach der Abschälung der Haut wurden die bei der Behandlung des Eczems erwähnten Theerpräparate mit oder ohne Zusatz von Carbolsäure zur Anwendung gebracht, je nach der Hartnäckigkeit des Leidens. Bei kleinen Plaques wurde eine Lösung von Theer und Gummi elastic. in Chloroform wiederholt mit sehr gutem Erfolge in Anwendung gezogen. (Dieselbe hat folgende Zusammensetzung: Gummi elastic. [c. 10 Gramm] wird mit Chloroform [c. 30 Gramm] unter längerer Digestion zu einer gleichförmig zähen Masse erweicht und dieser das gleiche Gewicht Pic. liqu. zugesetzt, Aufgetragen wird die Flüssigkeit mit einem Pinsel und die beschmierte Stelle mit Kautschuktaffet bedeckt, welcher fest anklebt.) Die Theerwirkung ist auf diese Weise sehr intensiv, der Geruch dagegen viel geringer, und eignet sich diese Art der Anwendung des Theers besonders bei Leuten, welche nur wenige umschriebene Erkrankungsstellen zeigen und dabei genöthigt sind, ihrer Beschäftigung nachzugehen. Stark behaarte Stellen müssen zuvor rasirt werden, da sonst das Abziehen des Kautschuktaffets sehr schmerzhaft ist. Die beim Abziehen zurückbleibenden eingetrockneten Krusten lassen sich leicht mit Leberthran oder Chloroform entfernen.

Den täglichen Einreibungen mit Theer wurden in der Regel länger dauernde Bäder und Abreibungen mit grüner Seife voraus-

geschickt, um die Schuppen zu entfernen. Mit sehr gutem Erfolge wurden auch die auf der Hebra'schen Klinik gebräuchlichen Wicklungen und nachherigen Abreibungen mit Spiritus saponatokalinus angewandt. Bei Psor. palmar. und plantaris wurden die schwieligen Stellen vor den Theereinreibungen mit Bimsstein abgerieben.

Zur Solutio Vlemingha wurde nur in einem Falle geschritten, in welchem beim Gebrauch der Theerpräparate ein absoluter Stillstand eingetreten war, und zwar mit sehr gutem Erfolg.

Auf sehr hartnäckige Stellen, wie sie besonders an den Unterschenkeln vorkommen, wurde Ungt. Rochardi mit Zusatz von Hydrarg. bijodat. (s. bei Eczem) mit bester Wirkung eingerieben. Nur in einem Falle musste zur Zerstörung der letzten kleinen Reste zum Sublimat-Aetzcollodium geschritten werden, in einem anderen wurde nach vorherigem Abkratzen der Schuppen eine concentrirte Chlorzinklösung aufgetragen.

Die Essigsäure wurde bei Psoriasis wegen ihrer grossen Schmerzhaftigkeit bei verhältnissmässig langsamem Erfolge nicht angewendet.

III. Acne.

Nächst Eczem und Psoriasis waren von denjenigen Hautkrankheiten, welche nicht zu den Neubildungen und Syphiliden gehören, die Erkrankungen der Talg- und Haarfollikel die häufigsten.

An Acne disseminata litten 8, an Sycosis 7 und an Acne rosacea 3 Kranke.

An **Acne disseminata** kam nur Ein Mann in Behandlung, die übrigen 7 gehörten dem weiblichen Geschlechte an. Dieselben standen zwischen dem 16. und 32. Jahre.

Der Beginn der Acne traf bei allen mit dem Eintritte der Pubertät zusammen und konnte bei mehreren zur Zeit der Periode eine Verschlimmerung der Krankheit beobachtet werden. Alle Stadien der A. punctata, pustulosa und indurata waren vertreten. Eine junge Dame von 17 Jahren war ein wahres klinisches Sammelbild aller Acneformen. Gesicht, Rücken und Brust waren übersäet mit schwarzen Punkten, zwischen welchen Pusteln und derbe blaurothe Knoten hervortraten.

Bei der Mehrzahl war die Menstruation regelmässig und nur Eine Frau hatte weissen Fluss.

Neigung zu Verstopfung wurde bei denselben nicht häufiger beobachtet, als bei anderen weiblichen Individuen gleichen Alters.

Der junge 26jährige Mann litt an chronischem Magenkatarrh.

Viermal konnten weitere Fälle von Acne in der Familie nachgewiesen werden (zweimal bei der Mutter, zweimal bei den Geschwistern).

Scrophulose war nie, Rhachitis einmal vorausgegangen.

6 wurden geheilt, 2 gebessert. Unter geheilt verstehen wir, dass zur Zeit des Austrittes aus der Anstalt die Bildung neuer Efflorescenzen sistirt war.

Auch in diesem Jahre bestätigte sich wieder die Erfahrung, dass die Acne zu den am schwersten heilbaren Hautkrankheiten gehört, deren Heilung nur durch eiserne Consequenz von Seiten des Kranken und des Arztes herbeigeführt werden kann.

Die Behandlung bestand hauptsächlich in der Anwendung äusserer Mittel. Wo es nöthig war, wurden Laxantien zur Regulirung des Stuhlganges gereicht und zur Vermeidung jedes Magen- und Darmkatarrhs auf strenge Diät gehalten. Was den Blutzufluss gegen das Gesicht vermehrt, musste vermieden werden. Die Kur wurde durch heisse Senffussbäder unterstützt, in welchen die Kranken so lange als möglich verweilten.

Oertlich wurden zuerst Mittel angewandt, welche die Epidermis erweichen und zur Abschuppung bringen, Einreibungen mit grüner Seife und, wenn diese zu schwach war, mit Unguent. Rochardi (wenn nöthig, verstärkt mit Hydrargyrum bijodatum).

Nur in einem Falle sahen wir uns genöthigt, Umschläge mit einer Sublimatlösung (1 : 100) anzuwenden, bis sich Blasen zu bilden begannen. War die Epidermis durch die Seifeneinreibungen erweicht, so wurden die Comedonen ausgedrückt, die Pusteln und Knoten mit der Lancette eröffnet und durch Druck entleert. Diese Manipulation muss immer und immer wiederholt werden und man darf sich in einem solchen Falle Mühe und Zeit nicht verdriessen lassen, wenn man einen Erfolg erreichen will. Um die Talgdrüsen zu normaler Thätigkeit anzuregen, wurde hierauf Waschwasser von Liqu. kal. carb. (1 : 1—5 Aqu. destill.), oder noch besser die Hebra'sche Schwefelpaste angewandt. Auch die Tinctura jodi decolorata leistete uns wiederholt sehr gute Dienste. Dieselbe ruft ähnlich der braunen Jodtinctur eine Abschälung der Haut hervor, ohne die Kranken so

sehr zu entstellen. Allerdings ist ihre Wirkung weniger intensiv, aber zumal bei empfindlicher Haut darf auch sie nicht zu lange fortgesetzt werden. Bei täglich zweimaligem Einpinseln beginnt nach ungefähr 8 Tagen die Abschälung der Haut. Am Schlusse der Kur liessen wir gewöhnlich noch ein Waschwasser von Alumin. acetica (1 : 100 aqu.) oder ein Benzoetinctur enthaltendes Waschwasser (1 : 25 aqu.) anwenden.

Acne rosacea wurde bei 3 Damen im Alter von 18, 19 und 30 Jahren Gegenstand der Behandlung. Bei zweien war ausser der Röthung auch Pustelbildung vorhanden. Einmal war die Erkrankung auf die Nase beschränkt, bei den anderen waren auch die Wangen befallen. Eine derselben litt an Menstruationsstörungen, die mit der Acne aufgetreten waren. Mit Fluor albus war die zweite behaftet. Die dritte war ganz gesund, hatte aber früher viel an Bleichsucht gelitten. Hereditäre Momente waren bei keiner zu finden, wohl aber litt die Schwester der einen derselben an Lupus erythematosus solitarius (cfr. Ueber Lupus erythematosus von Dr. Theod. Veiel, Tübingen 1872).

Die Therapie bestand unter gleichzeitiger Behandlung der erwähnten begleitenden Erkrankungen in wiederholten Einreibungen mit grüner Seife (resp. Ungt. Rochardi) und nachfolgendem Schwefel- oder Benzoewaschwasser. Die Pusteln wurden eröffnet. Das graue Quecksilberpflaster leistete uns wiederholt, wie früher, so auch in diesem Jahre sehr gute Dienste und können wir es für die Behandlung der Acne rosacea aufs angelegentlichste empfehlen; nur darf es nicht unmittelbar vor oder nach der Anwendung der Schwefelpaste gebraucht werden, wegen des in den Hautporen sich ansammelnden schwarzen Schwefelquecksilbers. Eine Zwischenpause von 5 bis 6 Tagen ist genügend. Das Pflaster muss mehrere Wochen getragen werden und ist selbstverständlich bei den ersten Zeichen einer Stomatitis wegzulassen.

Die zurückbleibenden, erweiterten Gefässe wurden mit der Lancette gestochen.

IV. Sycosis.

7 Männer wurden an Bartflechte behandelt. Sie gehörten dem Alter von 26—40 Jahren an. Bei der Mehrzahl bestand die Krank-

heit schon viele Jahre, bei einem erst seit 2 Jahren. Der häufigste Ausgangspunkt der Krankheit war die Oberlippe (viermal) und von hier aus hatte sich die Krankheit über den ganzen Bart verbreitet. Alle 4 litten an chronischem Schnupfen, der immer und immer wieder zu Recidiven Veranlassung gab. Einmal waren auch die Augenlider befallen.

Nur 2 hatten in der Jugend an Scrophulose gelitten. Alle zeigten zur Zeit der Behandlung ein kräftiges, gesundes Aussehen.

Bei keinem konnten trotz eifrigsten Suchens Pilze nachgewiesen werden.

Alle wurden geheilt entlassen und nur bei einem hat sich eingetroffenen Nachrichten zufolge ein Recidiv eingestellt.

Die Behandlung bestand im Allgemeinen in der Anwendung der Schwefelpaste und täglichem Rasiren nach vorangegangenem Ausziehen der Haare und Aetzen mit Essigsäure. Näheres über die Behandlung der Sycosis s. in dem von unserem Vater noch kurz vor seinem Tode geschriebenen Aufsatze: „Ueber die Behandlung der Sycosis in der Heilanstalt zu Cannstatt“ von Hofrath v. Veiel. (Blätter für Heilwissenschaft, Jahrgang IV. München Nr. 11 u. 12.)

V. Prurigo.

3 (2 Männer, 1 Frau). Alle 3 wurden geheilt, d. h. beim Austritt aus der Anstalt war die Haut glatt und weich und das Jucken hatte aufgehört; der einzige vorübergehende Erfolg, der bekanntlich nach dem heutigen Stand der Therapie bei dieser lästigen Krankheit erreicht werden kann. Die beiden Männer standen zwischen dem 40.—50. Jahre und hatten schon von Jugend auf daran gelitten. Besonders einer derselben, ein höherer Beamter, dessen 10jähriges Töchterchen zugleich an einem äusserst hartnäckigen Eczem litt, zeigte das echte Bild dieser peinlichen Krankheit. Beine, Arme, Augenbrauen, Brust und Rücken waren jämmerlich zerkratzt. An mehreren Stellen war durch das Kratzen ein artificielles Eczem hinzugetreten, die Lymphdrüsen waren beträchtlich geschwollen. Der Kranke war in Folge andauernder Schlaflosigkeit in seinen Kräften sehr herabgekommen, in gedrückter Stimmung und im Begriff, sein Amt niederzulegen. In der langen Zeit seines Leidens hatte er alle möglichen Mittel versucht und stets kehrte nach kurzer Zeit die

Erkrankung wieder. Bei ihm wurde nun der von Hebra (Arch. f. Dermat. und Syphilis. I. Jahrgang, I. Heft) empfohlene Kautschuk versucht und es gelang auf diese Weise mit gleichzeitigen Seifenabreibungen das Uebel so zu bessern, dass der Kranke wieder fähig wurde, seinem Amte vorzustehen. Jeden Abend legte er seine Kautschukkleidung wieder an und blieb auf diese Weise ganz frei von Jucken. Ein halbes Jahr lang hatte er auf diese Weise vollständige Ruhe, dann aber erzeugte der Kautschuk beim Anlegen jedesmal ein so heftiges Eczem, dass von seiner Anwendung abgestanden und zu der sonst üblichen Behandlungsweise übergegangen werden musste. Diese besteht in wiederholten Einreibungen von grüner Seife und später von Theerspiritus (Pic. liqu. Spir. aa.) Unterstützt ward die Kur durch Anwendung von Sublimatbädern. Innerlich werden, besonders wenn die Kranken an ihren Kräften heruntergekommen sind, Tonica und Roborantia gereicht.

Die Frau war die 29jährige Gattin eines Missionärs und hatte sich längere Zeit an der Goldküste (Africa) aufgehalten, wo sie vom Fieber auf das heftigste heimgesucht wurde. Fast jedes Jahr hatte sie 10—12 Fieberanfälle zu überstehen. Vor 3 Jahren nun war bei ihr die Prurigo aufgetreten. Zahlreiche juckende Knötchen waren über den ganzen Körper verbreitet, vorzugsweise auf den Streckseiten der Extremitäten. Dieser Verbreitungsbezirk und der Mangel jeder Spur von Milbengängen machte dem anfangs aufgetretenen Verdacht auf Scabies bald ein Ende. Es war dies in den letzten Jahren der vierte Fall, bei welchem während des Aufenthaltes an der Goldküste nach heftigen Fieberanfällen äusserst hartnäckige Hautkrankheiten aufgetreten waren. Alle 3 betrafen Missionäre. Einer von ihnen litt ebenfalls an Prurigo, während die beiden anderen an Eczema litten. Ohne behaupten zu wollen, dass zwischen dem Fieber und den Hautkrankheiten ein Zusammenhang besteht, wie Poor wiederholt ausgesprochen hat, begnügen wir uns damit, die Thatsachen mitzutheilen. Jedenfalls trat das Jucken in all diesen Fällen nie nach bestimmten Pausen wiederkehrend auf, so dass an eine Febris intermittens larvata hätte gedacht werden können.

VI. Pruritus.

3 Kranke hatten an heftigem, ohne jede nachweisbare Erkrankung der Haut und Schleimhaut auftretenden Jucken zu leiden.

Ein alter Herr von 70 Jahren litt seit mehreren Jahren an Pruritus senilis. Eine 50jährige Dame hatte, bei gleichzeitigem Uterinleiden, ein sehr heftiges, über den ganzen Körper verbreitetes, äusserst lästiges Jucken, das von den Genitalien seinen Ausgang genommen hatte.

Der dritte Fall war ein localisirter Pruritus genitalium bei einer 56jährigen Frau.

Bei dem genannten Herrn wurde, da derselbe in Folge des fortwährenden Kratzens sich an verschiedenen Stellen des Körpers ein artificielles Eczem zugezogen hatte, zunächst dieses mit grüner Seife und Theer geheilt, wobei sich das Jucken sehr beträchtlich milderte. Hierauf wurden gegen das zurückbleibende Hautjucken verschiedene Waschwasser versucht, von denen aber nur die Carbolsäure (1 : 50) enthaltenden von gutem Erfolge begleitet waren. Beim Austritt des Kranken aus der Anstalt war die Haut glatt, frei von allen Kratzeffecten und war bei dreimal täglich wiederholten Waschungen mit genanntem Waschwasser die Existenz desselben eine ganz erträgliche geworden. Ebenso wurde bei der zuerst angeführten Dame mit demselben Waschwasser ein sehr befriedigendes Resultat erzielt, indem dieselbe bei einmaliger Anwendung desselben den ganzen Tag von dem Jucken verschont blieb.

Gegen den Pruritus genitalium waren Umschläge mit einer Sublimatlösung (1 : 1000 Wasser) vom besten Erfolg und wurde durch den anhaltenden Gebrauch desselben das lästige Uebel vollständig gehoben. Anfangs wurde der Sublimatlösung Opium zugesetzt, um auf die durch das Kratzen blossgelegten Hautnerven beruhigend einzuwirken. Gegen den Fluor albus wurden adstringirende Einspritzungen (Alaun oder Zinkvitriollösung) in die Scheide gebraucht. Es versteht sich, dass schwere gleichzeitige Uterinerkrankungen (Neigungen, Knickungen etc.) nach den Vorschriften der Gynäkologie behandelt werden müssen.

VII. Ichthyosis.

An dieser unheilbaren Krankheit litt ein Knabe von 10 und ein Mann von 48 Jahren. Der erstere stammte aus einer ganz scrophulösen Familie, jedoch war ausser bei einem Oheim von mütterlicher Seite kein weiterer Fall von Ichthyosis nachweisbar.

Der zweite litt von Jugend an an einer sehr leichten, über den ganzen Körper gleichmässig verbreiteten Ichthyosis. Erst im 19. Jahre hatte die Krankheit an den Unterschenkeln sich bedeutend verschlimmert. Hier traten die polygonalen Schuppen sehr deutlich hervor und hatte der Unterschenkel ein missfarbiges, gebräuntes Aussehen erhalten, weshalb der Kranke Hilfe suchte. Derselbe war sonst ganz gesund und kräftig und stammte aus einer ganz gesunden Familie.

Bei beiden gelang es, durch die Kur die Haut weich und geschmeidig zu machen. Die angehäuften Epidermismassen wurden durch wiederholte Seifeneinreibungen entfernt. Nach der Abschälung schritten wir zu erweichenden Mitteln, von denen der Leberthran, wo er trotz des Geruches anwendbar ist, an Erfolg die übrigen Fette weitaus übertrifft.

Unterstützt wurde die Kur durch täglich gebrauchte lauwarme Bäder. Versuchsweise wurde wieder innerlich der Arsenik angewandt, wozu wir uns nach seiner Einwirkung auf die Haut und die Haare gesunder Menschen und Thiere, denen er Fettigkeit und Glanz verleiht, vollständig berechtigt glaubten, jedoch ohne jeden Erfolg.

VIII. Tylosis.

Anschliessend an die Ichthyosis will ich eines Falles von Tylosis erwähnen. Ein Fabrikant von 40 Jahren litt seit 8 Jahren daran und zwar nur am linken Fusse. Die Schwielen waren in Form von Hühneraugen aufgetreten, die sich mehr und mehr vermehrten, so dass sie beim Eintritt des Kranken in die Anstalt aneinandergereiht die ganze Fusssohle bedeckten. Im Sommer und während des Gebrauches von Bädern befand sich der Kranke stets besser, während er im Winter, wenn die Füsse nicht schwitzten, wegen der heftigen Schmerzen nicht im Stande war zu gehen. In Folge der Reizung der Cutis durch den Druck beim Gehen hatte sich eine chronische Lymphangitis ausgebildet und hatte dieselbe zu einer Verdickung und Schwellung der Haut des Fusses und des Unterschenkels geführt.

Durch Umschläge mit Schmierseife wurden die Schwielen abgeweicht und die noch zurückbleibenden Reste mit dem Messer abgetragen und mit liqu. Kal. caustic. abgerieben.

Dabei trug der Kranke in der Zwischenzeit stets einen Kautschukschuh, wodurch die Haut beständig macerirt wurde, und so gelang es in vier Wochen eine vollständig normale Hautbildung zu erzielen.

Als weitere Hautkrankheiten, welche nur einmal vertreten waren und nicht zu den Neubildungen oder parasitären Hautkrankheiten gehören, sind anzuführen:

IX. Lichen ruber.

Derselbe betraf einen Herrn von 38 Jahren, der in seiner Jugend viel an Scrophulose gelitten hatte. In den Jugendjahren hatte die Krankheit an den Unterschenkeln begonnen. Beim Eintritt in die Anstalt war sie fast über den ganzen Körper verbreitet.

Durch den Zusammenfluss der Knötchen hatten sich grössere rothe Flächen gebildet, welche nur mit wenig weissen Schuppen bedeckt waren. Die Haut hatte an Dicke beträchtlich zugenommen. In der Gegend der Gelenke zeigten sich Rhagaden. Jucken war anfangs in hohem Grade vorhanden gewesen, hatte aber allmälig abgenommen. Der Patient erfreute sich sonst einer guten Gesundheit. Neben örtlicher Anwendung von grüner Seife, Wicklungen und Theereinreibungen wurden innerlich hohe Gaben Arsenik gereicht.

Erwähnenswerth ist, dass sich bei diesem Kranken stets als erstes Symptom der Uebersättigung mit Arsenik ein heftiges Stechen in der Fusssohle kund gab, eine Erscheinung, welche früher schon zweimal beobachtet wurde und zwar einmal bei Lichen ruber, einmal bei Lepra.

Der Kranke unterzog sich nur 10 Wochen der Kur und konnte somit von einem Erfolge bei diesem hartnäckigen Uebel natürlich nicht die Rede sein.

X. Lichen urticatus

trat bei einem 19jährigen Jüngling auf. Er beschränkte sich auf die beiden Hände und die Vorderarme. Zuerst bildeten sich geröthete Quaddeln auf Hand und Fingerrücken, welche juckten, wieder einsanken und zahlreiche agminirte Lichenknötchen zurückliessen. Auffallend war die lineäre Ausbreitung derselben entlang

der Verbreitung der Hautnerven. Besonders stark war der Rücken des linken Zeigefingers und Daumens befallen. Die Hohlhand war ganz frei.

Die Krankheit verschwand nach dreiwöchentlichem Bestehen wieder ganz spontan bei Stärkmehlaufstreuungen. Die Haut schuppte sich ab und nach kurzer Zeit war keine Spur der Erkrankung mehr vorhanden und kehrte bis jetzt (drei Vierteljahre) nicht wieder.

XI. Pemphigus.

Eine Frau von 59 Jahren, welche bis zum 56. Jahre stets ganz gesund gewesen war, wurde vor 3 Jahren zum ersten Mal von Pemphigus befallen. Zahlreiche Blasen bedeckten den Rücken und bald verbreiteten sie sich auch über den übrigen Körper. Die Eruption neuer Blasen war von Fieber und heftigen stechenden Schmerzen und Jucken begleitet. Nach einem Jahre heilten alle Blasen spontan ab, aber im nächsten Jahre trat das Uebel von Neuem auf und bemächtigte sich besonders des behaarten Kopfes und der Stirn. Kurz darauf zeigte sich auch wieder auf zwei Stellen des Rückens die Blasenbildung. Während aber die früheren Blasen wieder spontan geheilt waren, trat die Heilung jetzt nicht mehr ein. Die schon früher beim ersten Auftreten matschen Blasen trockneten ein, es bildete sich eine gelbe Kruste, unter welcher sich eine schwach eiternde Stelle befand. In der Peripherie erfolgte stets eine Neubildung von Blasen, so dass die Krankheit ganz das Ansehen eines Pemphigus foliaceus darbot. Bei der Aufnahme in die Anstalt war fast der ganze behaarte Kopf vom Scheitel bis auf einen 1 Cm. breiten Streifen über der Stirn, der noch gesund und behaart war, ergriffen. Die Haare waren alle ausgefallen und nach Abheben der Krusten zeigte sich eine eiternde glatte Wundfläche. An keiner Stelle war eine tiefergehende, in das Gewebe der Cutis eindringende Verschwärung vorhanden. Zwei jener auf dem Kopfe ähnliche Stellen fanden sich auf dem Rücken, die eine von der Grösse eines Handtellers, die andere von Thalergrösse. Eine vierte Stelle sass auf der Mitte des linken Schienbeins. Hier zeigten sich an der Peripherie der kranken Stelle stets neue, matsche Blasen von blaurother Farbe, welche eine durchsichtige, klare, alkalisch reagirende Flüssigkeit enthielten, durch welche der blaurothe Grund hindurchschimmerte. Der harte Gaumen bildete eine zusammen-

hängende Wundfläche, während am Zahnfleisch des Ober- und Unterkiefers neue Blasen von verschiedener Grösse vorhanden waren. Die Kranke klagte viel über Eingenommenheit des Kopfes. Sie war ausserordentlich stark zu Verstopfung geneigt. Am Urin war keine Abnormität nachweisbar.

Da die Kranke ohne jeden Erfolg eine Jodkaliumkur und eine Arsenikkur gebraucht hatte, Salzwasserumschläge und eine Masse Pflaster auf die Wunden applicirt hatte, so wurde von all dem Abstand genommen und ein Versuch mit der Darreichung des Decoctum Zittmanni und der Behandlung der Wundflächen mit Cataplasmen und einer schwachen Sublimatlösung (1 : 1000), welche auf die Cataplasmen gegossen wurde, gemacht.

Die wunden Stellen im Munde wurden mit einer Lösung von Kali hypermanganicum gepinselt. Bald besserte sich das Allgemeinbefinden in sehr erfreulicher Weise, die Schlaflosigkeit hörte auf, die Wunden vernarbten. Doch fand die Neubildung von Blasen an der Peripherie der kranken Stellen noch lange statt, obgleich sie immer seltener wurden und die Blasen von selbst heilten. Endlich hörte sie an der äusseren Haut ganz auf, nur im Munde dauerte sie trotz Anwendung der verschiedensten Mittel, wenn auch in viel geringerem Grade, fort. Auffallend war, dass während der ganzen Kur die Blasen im Munde stets prall gespannt, die auf der äusseren Haut matsch erschienen.

Nach dem Gesagten kann die Kranke nicht als vollständig geheilt betrachtet werden, wohl aber wird man den erreichten Erfolg als einen überraschenden bezeichnen können.

XII. Lupus.

Er bildete den Hauptvertreter der Neubildungen.

Siebzehnmal kam er zur Behandlung. Lupus vulgaris 13 (Lup. superficialis 9, Lup. exulcerans 4), Lupus erythematosus 5.

5 an **Lupus vulgaris** Leidende gehörten dem weiblichen, 8 dem männlichen Geschlechte an. Bei allen war die Krankheit zwischen dem 2. bis 15. Lebensjahre entstanden, mit Ausnahme eines Herrn von 52 Jahren, bei welchem sich die ersten Spuren der Krankheit erst im 45. Jahre auf dem linken Nasenflügel gezeigt hatten. Das Wachsthum war in diesem Falle ein sehr langsames,

so dass sich die Krankheit innerhalb 7 Jahren noch nicht über den Nasenflügel hinaus erstreckte, im Gegensatze zu einem anderen Herrn von 60 Jahren, bei welchem der in der Jugend aufgetretene Lupus mit dem Alter an Bösartigkeit zugenommen und sich in den letzten Jahren bedeutend ausgebreitet hatte.

Zur Zeit des Eintrittes in die Anstalt zählte der Jüngste 10, der Aelteste 60 Jahre.

Bei allen blieb die Erkrankung regionär, d. h. auf Einen Körpertheil beschränkt, nur bei einer Dame von 49 Jahren hatte der Lupus den universellen Charakter angenommen; hier war er über Gesicht, behaarten Kopf, Brust, Arme und Rücken verbreitet.

Am häufigsten war die Nase der Sitz der Erkrankung, nächst dieser die Wange, das Ohr, die Lippen und die Hand.

Lupus der Schleimhaut wurde am harten Gaumen, an der Nase, den Lippen und Augenlidern beobachtet. Zwei Kranke waren Geschwister, ein Herr von 36 und eine Frau von 30 Jahren. Bei beiden war der Lupus in früher Jugend aufgetreten. Die Eltern, Kinder und übrigen Verwandten waren gesund. Keines litt an Scrophulose oder Tuberculose. Dagegen trugen 7 andere Kranke deutliche Spuren von Scrophulose an sich.

Diese Fälle und die Erfahrungen früherer Jahre haben uns gelehrt, dass nicht jeder Lupus ein Zeichen von Scrophulose ist, dass der Lupus jedoch mit Vorliebe in solchen Familien auftritt, in denen die Scrophulose zu Hause ist.

Complication mit Syphilis, erworbener oder ererbter, konnte nie nachgewiesen werden.

Die Therapie des Lupus war von sehr günstigem Erfolge. Von den 13 Kranken konnten 10 geheilt entlassen werden, d. h. bei ihrer Abreise war allerwärts eine Vernarbung des Lupus eingetreten. Zwei wurden wegen zu früher Abreise nur gebessert. Einer blieb in Behandlung.

Die Behandlung bestand in der innerlichen Darreichung von Leberthran, besonders bei den an Scrophulose leidenden Kranken. Das Hauptgewicht wurde aber selbstverständlich auf die örtliche Zerstörung der Lupusefflorescenzen gelegt. Als beste Methode, besonders wegen der schönen Narbenbildung, hat sich uns die punktförmige Scarification mit nachfolgender Chlorzinkätzung bewährt. Bei Schaben oder Sticheln ohne nachfolgendes Aetzen traten stets

in kürzester Zeit Recidive auf. Auf die weiteren Vorzüge und die Technik der Methode brauche ich hier nicht näher einzugehen, sondern verweise auf die früheren Veröffentlichungen.[1])

Einzelne harte Knoten wurden mit dem Kaligriffel ausgebohrt, nachdem vorher mit der Lancette ein Einstich in dieselben gemacht worden war, um auf diese Weise das Eindringen des zugespitzten Kaligriffels zu erleichtern.

Ein sehr schätzbares Heilmittel des Lupus haben wir in der Chloressigsäure kennen gelernt, mit welcher wir auf die Empfehlungen von v. Bruns[2]) viele Versuche machten. Sie empfiehlt sich wegen ihrer geringen Schmerzhaftigkeit, ihrer genauen Localisation und der schönen Narbenbildung. Bei oberflächlichen kleineren Lupusstellen genügt eine einmalige Einpinselung. Der Schorf löst sich dann meist ohne Eiterung und hinterlässt eine kleine, schwach vertiefte Narbe. Bei grösseren Stellen kommt es dagegen zur Eiterung und empfiehlt es sich bei tiefer sitzenden Lupusknoten, mit einem in die Säure eingetauchten Glasstab in dieselben einzubohren. Nach Abstossung des Aetzschorfes wurde die Wunde durch schwache Chlorzinkätzungen zur Heilung gebracht.

Auf diese Weise gelang es, einen über die ganze Streckseite des Oberarmes verbreiteten Lupus superficialis vollständig zur Heilung zu bringen. Sehr zu empfehlen ist die Chloressigsäure auch zur Zerstörung jener hervorspringenden Narbenstränge, die nach der Heilung des Lupus öfter sich bilden. In der Zwischenzeit zwischen den einzelnen Aetzungen hat sich die Anwendung des Emplastrum cinereum sehr bewährt, welches wir jedoch als eigentliches Heilmittel des Lupus so wenig gelten lassen können, wie Kaposi.[3])

Von den 5 Fällen von **Lupus erythematosus** gehörten 3 der gewöhnlichen Form von Lupus eryth. chron. vulgaris und 2 dem Lupus eryth. solitarius an.[4]) Einen Fall von acutem Verlauf des Lupus erythematosus, wie er von Kaposi (l. c.) beschrieben wird,

---

[1]) 1. Veiel Theodor. Ueber Lupus erythematosus. Inaugural-Dissertation. Tübingen 1871. p. 89. 2. Veiel Ernst. Zur Therapie des Lupus und Lupus erythematosus. Arch. für Dermatologie und Syphilis. V. Jahrg. 2. Hft. p. 279.

[2]) Chirurgische Heilmittellehre. Tübingen 1869, p. 536.

[3]) Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, redigirt von Virchow. III. Band, Hautkrankheiten. 2. Theil, 2. Lieferung p. 375.

[4]) Cfr. Veiel Theodor l. c. pag. 30.

hatten wir noch nicht Gelegenheit zu beobachten. Bei allen 5 war die Krankheit auf das Gesicht und den behaarten Kopf beschränkt. Alle 5 Kranken gehörten dem weiblichen Geschlechte an. Auffallend war das Auftreten des Lup. eryth. chron. vulg. bei einer Frau aus America. Hier bildete er, obgleich er über die Nase, die Wange, die Ohren und den behaarten Kopf fleckenweise verbreitet war, keine einzige grössere zusammenhängende Fläche. Die grösste Efflorescenz hatte nur die Grösse einer Bohne. Gesunde Haut trennte die kranken Stellen von einander und es fand keine Verbreitung an der Peripherie der erkrankten Stellen statt, sondern diese zeigten eine grosse Neigung zur Selbstinvolution und hinterliessen sehr stark vertiefte, tellerförmig eingezogene weisse Narben, auf welchen stets noch eine Abschilferung der Epidermis stattfand. Während so die einen heilten, brachen an anderen Orten neue Lupusefflorescenzen hervor. Die grosse Neigung zur Neubildung solcher Flecke konnte nicht beseitigt werden und wenn es auch gelang, die vorhandenen zu zerstören, so traten doch bald, nachdem die Kranke die Anstalt verlassen, wieder neue Flecken auf.

Bei einer anderen Kranken, einem 16jährigen Mädchen, war der Lupus vom linken inneren Augenwinkel ausgegangen und hatte sich von da ringförmig, beide Augenlider ergreifend, um das ganze linke Auge verbreitet und reichte noch 2 Cm. weit in die Wange herein. Hier gelang es durch wiederholte Anwendung einer Salbe von Doppeljodquecksilber (1 : 5) den Lupus bis auf zwei kleine Stellen an den Augenwinkeln zur Heilung zu bringen. Diese aber trotzten jeder Behandlung und bildeten den Ausgangspunkt für die Wiederausbreitung der Krankheit.

Während so bei zweien kein befriedigender Erfolg erreicht werden konnte, wurde bei der dritten, einem Mädchen von 25 Jahren, durch die punktförmige Scarification mit nachfolgender Chlorzinkätzung vollständige Heilung erzielt.

Von den beiden mit Lup. eryth. solit. behafteten Damen musste die eine Familienverhältnisse halber schon nach 8 Tagen die Anstalt wieder verlassen, während die andere sehr bedeutend gebessert, wenn auch nicht vollständig geheilt wurde. Bei ihr zeigte sich die Eigenthümlichkeit, dass die zurückbleibenden Narben eine intensiv gelbe, durch nichts zu beseitigende Pigmentirung annehmen. Leichte Aetzungen mit einer Salbe von Doppeljodquecksilber leisteten

hier bei weitem die besten Dienste, so dass es nicht nöthig wurde, zur punktförmigen Scarification zu greifen.

XIII. Papilloma.

Eine eigenthümliche Erkrankung beobachteten wir auf der Stirne eines 10jährigen Mädchens. Auf der linken Stirnhälfte über dem Tuber frontale befand sich ein kreisrunder Fleck von der Grösse einer Mark; derselbe war über das Niveau der normalen Haut erhaben, zeigte eine unebene, gelblichweisse, schwach glänzende, nicht schuppende Oberfläche und bestand bei näherer Betrachtung aus einer grösseren Zahl aggregirter Knötchen von blassgelber Farbe. Im ersten Augenblicke glaubten wir eine umschriebene Seborrhoe vor uns zu haben, bei welcher nach Entfernung des Sebum die hypertrophischen Talgdrüsen hervortreten.

Jedoch belehrte uns das Ausbleiben jeder Talgabsonderung, das Fehlen erweiterter Follikelmündungen bald über die Unhaltbarkeit dieser Diagnose. Der nächste Gedanke war, dass die Knötchen eine Aggregation von Miliumknötchen darstellen, aber auch beim Anstechen derselben liess sich durch Druck kein Sebum entleeren, sondern reines Blut floss aus den Stichöffnungen. Die Epidermis war nicht hornartig verdickt. So hatten wir es unzweifelhaft mit einer Wucherung des Bindegewebes des Papillarkörpers zu thun und glaubten wir die Krankheit als Papilloma bezeichnen zu müssen. Durch wiederholte Stichelung und Aetzung gelang es, dasselbe zum Schwund zu bringen.

XIV. Epithelioma.

Unter der Form eines fressenden Geschwüres hatte es die Wange eines Herrn von 54 Jahren in kreisförmiger Ausbreitung von circa 2 Cm. Durchmesser ergriffen. Durch wiederholte Chlorzinkätzungen konnte es in kurzer Zeit zur vollständigen Heilung gebracht werden.

XV. Ulcera.

An nicht syphilitischen Geschwüren hatten 4 Patienten zu leiden und zwar 3 an den so häufigen varicösen Geschwüren des

Unterschenkels, welche unter Anwendung feuchter Wärme und schwacher Sublimatlösungen (1 : 1000) bei ruhiger Lage im Bette rasch heilten.

Bei zweien wurde die Transplantation nach Reverdin mit sehr gutem Erfolge angewendet. Der vierte Kranke mit Ulcus war eine Frau von 56 Jahren. Auf der Nasenscheidewand hatte sich bei ihr ganz spontan ein Geschwür gebildet, welches bis aufs Periost und Perichondrium eindrang und zu einer Perforation der Scheidewand führte. Bei Beginn der Behandlung hatte das runde Geschwür in der Schleimhaut ungefähr einen Durchmesser von 1 Cm. und etwas kleiner war der Defect in dem knorpeligen und knöchernen Theil der Scheidewand. In ihrer Jugend hatte die Frau sehr viel an Scrophulose gelitten. Von Syphilis war keine Spur vorhanden und hatte eine vorangegangene Jodkaliumkur nicht vermocht, den Process zum Stillstand zu bringen. Durch wiederholte Bepinselungen mit verdünnter Chlorzinklösung (1 : 50) gelang es, die Ränder zur Vernarbung zu bringen.

XVI. Favus

war der einzige Vertreter parasitärer Hautkrankheiten. Ein 12jähriger Knabe litt seit 2 Jahren an Favus des Kopfes. Derselbe war schon im vorigen Jahre in Behandlung gewesen, war aber vor vollendeter Kur ausgetreten. In diesem Jahre gelang es, durch eine 10 wöchentliche Kur ihn vollständig zu heilen. Dies wurde erzielt durch fleissiges und consequentes Epiliren und darauffolgendes Einpinseln von Essigsäure. In der Zwischenzeit wurde Schwefel, Kreosot und zuletzt eine schwache Sublimatlösung angewendet.

XVII. Syphiliden der Haut.

24 Kranke mit Syphiliden wurden aufgenommen und alle wurden geheilt entlassen. Wenn wir auch weit entfernt sind, zu behaupten, dass alle diese Patienten für ihr ganzes Leben frei von Symptomen der Syphilis bleiben werden, so haben wir doch die Erfahrung gewonnen, dass durch eine energische Behandlung in vielen Fällen die Recidive hinausgeschoben und gemildert, in vielen ganz verhindert werden können.

Weitaus überwiegend gehörten die Kranken dem männlichen Geschlechte an.

Syphilides maculosa hatten 5, Syphil. squamosa (als Psoriasis plant. oder palm.) 4, Syphil. pustulosa (Acne syphilit. 2), beide auf der Nase), Syphil. tuberculosa 2, Syphil. ulcerosa 7.

2 suchten Hilfe gegen zurückgebliebene indolente Drüsenanschwellungen.

Während bei der grösseren Anzahl die Krankheit nichts Ungewöhnliches darbot, können wir doch zwei Fälle nicht unerwähnt lassen. Beide gehörten der ulcerösen Form an.

1. Ein Militär von 48 Jahren hatte sich im 20. Jahre ein Ulcus durum praeputii zugezogen, das zu einer Phimosis-Operation Veranlassung gab und in 6 Wochen geheilt wurde. Von da ab will er keine Symptome der Syphilis an sich bemerkt haben. Vor einem Jahre bemerkte er schmerzhafte Rhagaden auf der Zunge, verbunden mit Volumszunahme derselben. Die Risse wurden tiefer und zahlreicher, weiche Knoten bildeten sich in der Zunge, welche aufbrachen und zu tiefen Geschwüren Veranlassung gaben. Bei seinem Eintritte hatte der Patient ein gelbes, kachektisches Aussehen, war sehr schwach und erinnerte lebhaft an das Bild einer Krebskachexie. Die Sprache war äusserst schwerfällig, die Zunge ragte zwischen den Zähnen hervor, Speichel floss aus dem Munde aus, die ausgeathmete Luft hatte einen abscheulich stinkenden Geruch. Beim Oeffnen des Mundes, was jedoch nur wenig möglich war, zeigte sich die Zunge stark geschwellt. Zahlreiche Längs- und Querrisse mit geschwürigen Rändern und speckigem Beleg durchzogen dieselbe. In der Mitte zeigte sich eine grosse, 1 Cm. tiefe Längsspalte. Die rechte Zungenhälfte war stärker geschwollen als die linke und bildete nach links einen überhängenden Wall über die genannte Längsspalte. In der rechten Zungenhälfte zeigte sich ein etwa 1 Cm. im Durchmesser haltender, umschriebener, in der Mitte leicht fluctuirender Knoten. An der Oberfläche desselben war ein kleiner gelber, von einem intensiv gerötheten Hof umgebener Punkt. Die Zunge fühlte sich hart an, war bei Druck sehr schmerzhaft. Die nicht geschwürigen Stellen zeigten ein blaurothes, glänzendes Ansehen. Der übrige Mund und Rachen zeigte das Bild einer chronischen Stomatitis und Pharyngitis. Substanzverluste waren weder am harten, noch am

weichen Gaumen vorhanden. Ausser am Halse und Nacken waren keinerlei Drüsenanschwellungen nachzuweisen.

Aus dem erzählten Befunde der Zunge wurde die Diagnose auf Syphilis gestellt und mit einer Kur von Decoctum Zittmanni begonnen. Die Geschwüre wurden täglich dreimal mit einer schwachen Sublimatlösung (1 : 500 Decoct. semin. lini) gepinselt. Der Erfolg war ein glänzender, die Kräfte des Kranken besserten sich von Tag zu Tag, sein Körpergewicht nahm zu und nachdem er 40 Flaschen getrunken, waren alle Geschwüre vernarbt und die Anschwellung der Zunge verschwunden, ohne dass die Knoten zum Aufbruch gekommen waren. Die Sprache war frei und ungestört. Während einer nachfolgenden Jodkaliumkur besserte sich der Zustand des Kranken so sehr, dass er seinem Berufe als Militär wieder vollauf genügen konnte.

2. Bei einem Beamten von 50 Jahren, der sich stets einer guten Gesundheit erfreute und nie syphilitisch gewesen sein will, bildeten sich vor $2^1/_2$ Jahren im Schnurrbart zahlreiche Pusteln, welche je von einem Haare durchbohrt waren. Die Pusteln heilten nicht, sondern unter einer jeden Borke war ein speckig aussehendes Geschwür mit scharfem Rande. Allmälig entstand durch Zusammenfluss der einzelnen Geschwüre ein grösseres Geschwür, das mehr und mehr an Umfang gewann, über den Bart hinaus auf die linke Wange, den linken Nasenflügel und auf die Schleimhaut der Nase und der Lippen übergriff, ohne in der Mitte zu heilen. Beim Eintritt war die ganze Oberlippe, der untere Theil der linken Wange und der linke Nasenflügel von einer stinkenden Kruste bedeckt, nach deren Entfernung durch Cataplasmen ein Geschwür mit gelbem, speckigem Belag und scharfen, sehr empfindlichen Rändern sichtbar wurde. Auf der Schleimhaut der beiden Lippen zeigten sich kleine kreisrunde Geschwüre von demselben Charakter. Die Halsdrüsen waren geschwollen. Anderweitige syphilitische Symptome, ausser einer chronischen Pharyngitis mit Geschwürsbildung waren weder durch die Untersuchung, noch durch die Anamnese zu eruiren. Unter erweichenden, mit Sublimatwasser (1 : 1000) befeuchteten Cataplasmen heilte beim Gebrauch einer Kur von Decoctum Zittmanni das ganze Geschwür in 20 Tagen und bei seiner Entlassung nach weiteren 3 Wochen, während welcher kein Rückfall eingetreten war, hatten sich die Kräfte des Kranken so gebessert, dass er sein Amt wieder bekleiden konnte.

Bei allen in diesem Jahre behandelten Syphiliden genügte zu deren Heilung eine consequente Anwendung des Decoct. Zittmanni, welcher in den meisten Fällen eine Nachkur mit Jodkalium folgte, so dass wir nicht nöthig hatten, zu irgend einer anderen Kurmethode überzugehen. Wir ziehen diese Kurmethode der Schmierkur und den subcutanen Sublimat- oder Calomelinjectionen vor, obgleich wir keine Gegner dieser Quecksilberkuren sind und wenn nöthig (z. B. bei gefahrdrohender Iritis) keinen Anstand nehmen, dieselben wegen ihrer raschen Wirkung in Anwendung zu ziehen. Oertlich wurde bei der maculösen, papulösen und squamösen Form eine schwache Salbe von weissem Praecipitat (1 : 50) angewendet. Bei Psoriasis palmaris oder plantaris syphil. eignet sich am meisten das graue Quecksilberpflaster, verbunden mit erweichenden Cataplasmen.

Bei der Behandlung der pustulösen und ulcerösen Syphilide gilt uns als leitender Grundsatz, nur mit den mildesten örtlichen Mitteln, nie mit Aetzungen vorzugehen, da uns die Erfahrung gelehrt hat, dass wir bei Anwendung feuchter Wärme in Form von Cataplasmen und einem leichten Adstringens (Sublimat 1 : 1000), mit welchem die Cataplasmen benetzt werden, in vielen Fällen, besonders an der Nase Theile erhalten konnten, welche bei Anwendung von Aetzmitteln sicher verloren gewesen wären, abgesehen davon, dass die Behandlung schmerzlos ist und dass bei der milderen Behandlung stets die Heilung früher eintrat, als bei ähnlichen mit Aetzmitteln behandelten Kranken.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Syphilis.

1. **Grünfeld.** Auto-Endoskopie der Urethra. (Wiener med. Ztg. Nr. 36. 1875.)
2. **Zeller.** Injectionen bei Tripper. (Memorabilien 1875.)
3. **Simmons.** Behandlung venerischer Geschwüre. (Med. Record, 11. Sept. 1875.)
4. **Klink.** Salicylsäure als Verbandmittel gegen Schanker. („Medycyna" Tom. III. Nr. 33. 1875.) [poln.]

Grünfeld (**1**) gibt eine Methode an, mit Hilfe des Endoskops die eigene Urethra zu untersuchen (Auto-Endoskopie). Er scheint der Erste die Frage der Auto-Endoskopie der Urethra aufgeworfen zu haben, während auf anderen Gebieten die Untersuchung eigener Organe mit Hilfe künstlicher Beleuchtung nicht nur mit einem Aufwande an Mühe und Geduld gepflogen wurde, sondern auch die Quelle für wichtige Entdeckungen abgab. Sowohl die Auto-Laryngoskopie, als auch die Auto-Ophthalmoskopie wurde von vielen Seiten mit Erfolg cultivirt. Die Besichtigung der eigenen Urethra nach Grünfeld's Verfahren zeigt in Bezug auf Methode, Schwierigkeit und Nutzen im Vergleiche zur Autoskopie des Kehlkopfes und des Augengrundes ein entgegengesetztes Verhalten, indem sie eine einfachere Vorrichtung, leichtere Erzielung des Zweckes und den Vortheil aufweist, auch die eigene kranke Urethra sehen zu können. Ja die Auto-Endoskopie bietet die sonst bei Untersuchungen mit künstlicher Beleuchtung seltene Möglichkeit, dass zu derselben Zeit, wo das sich untersuchende Individuum sein Organ besichtigt, auch ein anderer Untersucher dasselbe Bild ganz deutlich wahrnehmen kann. Behufs Autoskopie tieferer Theile der Urethra ist eine gewöhnliche gerade endoskopische Röhre mit Conductor, ein Planspiegel und eine gute Beleuchtung (Sonnenlicht) erforderlich.

Man wird die Wahl eines zu langen Tubus, namentlich wenn es sich um Untersuchung eines nicht tief gelegenen Theiles der Urethra handelt, vermeiden. Die Methode beruht auf der Reflexion des Lichtes. Die von der Sonne ausgehenden Lichtstrahlen werden auf dem Planspiegel aufgefangen, von hier in das in die Urethra eingeführte Urethroskop reflectirt. Von der so beleuchteten Harnröhre wird ein Bild hinter dem Spiegel entworfen, welches das Auge des sich untersuchenden Individuums sehen kann. Behufs Exploration der eigenen Urethra sitzt am besten das sich untersuchende Individuum auf einen Stuhl, etwas zurückgelehnt, und zwar mit dem Rücken gegen die Lichtquelle (also gegen das Fenster), so zwar, dass die Sonnenstrahlen an der Seite vorbeipassiren. Das Endoskop wird von ihm selbst oder einem Anderen eingeführt. Nun wird der Penis, resp. das Endoskop entweder horizontal gehalten oder um einige Grade gegen die Horizontale gehoben, und zwar am besten mit der linken Hand. Mit der rechten Hand wird der Spiegel so gehalten, dass die auf denselben fallenden Lichtstrahlen in das Endoskop geworfen werden. Um dies zu ermöglichen, wird man entweder dem Spiegel die entsprechende Neigung geben, oder das Endoskop wird eine geringe Lageveränderung erleiden, damit der reflectirte Strahl mit der Axe des Endoskops vollkommen zusammenfalle. Es entsteht nun jenseits des Spiegels ein Bild von der gut beleuchteten Urethra. Dieses Bild kann aber das sich untersuchende Individuum nur dann sehen, wenn die Verlängerung der Axe des Bildes das Auge trifft. Begreiflicher Weise wird ein myopisches oder hypermetropisches Auge sich mit dem entsprechenden Glase versehen müssen.

Befindet sich hinter dem vom Belege freien Centrum des Spiegels ein anderes untersuchendes Auge, welches so postirt ist, dass es durch das Centrum in den wohlbeleuchteten Tubus direct schauen kann, so wird es die hinter dem Tubus befindlichen Objecte deutlich wahrnehmen können. Dieses Auge wird demnach sich verhalten, wie jedes den gewöhnlichen Weg der Endoskopie einschlagende Auge. Auf diese Weise ergibt es sich nun, dass sowohl der sich Untersuchende, als auch eine zweite Person im Stande ist, gleichzeitig eine und dieselbe Partie der Urethralschleimhaut zu sehen. Nun ist es auch erklärlich, dass oft Individuen während der gewöhnlichen Art der endoskopischen Untersuchung plötzlich das endosko-

pische Bild der Urethra erhalten, indem in jenem Augenblicke der Reflector zufällig in einer solch günstigen Neigung sich befindet, dass die auf denselben fallenden Strahlen gegen das Auge des Untersuchten reflectirt werden, welcher nun von seiner eigenen Urethra ein deutliches Bild wahrnehmen kann.

So leicht wie mit einem Planspiegel bei Sonnenlicht ist die Untersuchung mit dem Concavreflector bei Gas- oder Petroleumlicht nicht, in welchem Falle ein Concavglas einen bis zwei Zoll vor dem Spiegel zu halten ist. Nur in der optisch bestimmten Grenze wird man ein deutliches Bild erhalten, während dieses stets verzerrt erscheinen muss, wenn der Spiegel oder das Correctionsglas eine geringe Neigung erleidet. Wiederholt war Verf. in der Lage, nach der oben angeführten Methode gewisse Patienten in der Autoskopie der Urethra einzuüben. Intelligente Personen wollen eine deutlich beschriebene, eventuell auch durch Zeichnung ihnen demonstrirte Krankheitsform selbst sehen. Dies ist nunmehr in der oben dargestellten einfachen Weise ermöglicht. Namentlich wenn das Sehobject irgend ein durch Farbe markantes Bild enthält, erkennen die sich selbst beschauenden Individuen sehr rasch das sich präsentirende Bild. So werden Geschwüre, stark lichtbrechende weisse Streifen in der Urethra (Epithelialwucherungen?), Wülste, Granulationen etc. sehr leicht wahrgenommen. Will man sich selbst in der Autoskopie einüben, ohne seine eigene Urethra als Untersuchungsobject zu wählen, so gibt man am praktischesten hinter den Tubus ein bedrucktes Papier und hält denselben in der passenden Distanz. Die Buchstaben erscheinen selbstverständlich im Spiegel umgekehrt.

Injectionen bei Tripper theilt Zeller (**2**) mit, bestehend aus Tinct. Catechu 30—50, Glycer. 30·0, Tinct. jod. 1·0—2·0, Aqua rosar. 200·0; er lässt stündlich einspritzen und behauptet, in 48 Stunden Heilung gesehen zu haben. Die Lösung wird vermittelst Tampons auch bei Weibern verwendet. In Fällen von Augentripper reicht er mit Chlorwasserbepinselungen und Irrigationen aus. Den Tripperrheumatismus behandelt er mit Oleum Terebinth. in Gummiemulsion mit Syrup. zingib. bis zu 8 Gramm per diem.

Für die Behandlung phagedänischer und gangränöser venerischer Geschwüre schlägt Simmons (**3**) ununterbrochene

Immersion des kranken Theiles in warmem Wasser von der höchsten Temperatur, die der Kranke erträgt, vor, demnach vorzugsweise Sitzbäder, da meist die Genitalien oder ihre Nachbarschaft in der erwähnten Weise afficirt sind. Man gibt in das betreffende Gefäss einen weichen Gegenstand als Unterlage für die zumeist dem Drucke ausgesetzten Partien und lässt die Bäder anfangs continuirlich, dann jede zweite Stunde nehmen. Wenige Tage genügen, um eine lebhafte Granulation, eine Umwandlung des Secretes in guten Eiter herbeizuführen, und zwar in Fällen, wo die vorausgegangene Behandlung mit Antisepticis und Escharoticis der verschiedensten Art keinen Erfolg hatte. Er glaubt, dass hauptsächlich das Secret die Ursache der Andauer der Gangrän und der Phagedän sei (? Ref.), und dass dieses durch das Wasser weggeschwemmt oder verdünnt und so für die Gewebe, mit denen es in Contact kommt, unschädlich gemacht werde. (Hebra's continuirliches Bad hat sich längst als unter Umständen brauchbare Behandlungsmethode erwiesen. Ref.)

Klink (4) stellte Untersuchungen über Verbandmittel bei Schankern an und verwendete dabei eine Lösung von Salicylsäure (1 : 300) oder Salicylwatte. Er gelangte zu folgenden Schlüssen: 1. die Salicylsäurelösung (1 : 300) auf die Wunde applicirt, verursacht keine Schmerzen, kein Brennen, wie es gewöhnlich die Salicylsäure als Pulver thut; 2. die Salicylsäurelösung ist zweckmässiger als Salicylwatte; 3. die Salicylsäurelösung kann mit gutem Erfolge bei Balanitis gebraucht werden, indem sie dem Zerlegen des Ausflusses entgegentritt und den unangenehmen Geruch vertilgt; 4. was die Wirkung der Salicylsäure auf die Schankerwunde betrifft, so reinigte sich die Wunde im Verlaufe von vier bis zwanzig Tagen; 5. gegen Gonorrhoe erhielt der Verfasser negative Resultate.

5. **Petit.** Einfluss der Syphilis auf Wunden. (Broch. Paris 1875).

6. **Grünfeld.** Ueber Ellbogen-Bubonen. (Wiener med. Presse Nr. 10, 1876.)

7. **Desprès.** Bericht über drei Fälle von syphilitischer Orchitis bei Kindern, beobachtet in Bukarest von Obèdènaire. (Bull. de la Soc. Chir. 1, 2. 1875.)

8. **Krzykowski.** Enchondroma epididymitis complicatum cum Hydrocele. (Preglad Uharski-Krakowski 1875. J. Nr. 43). [poln.]
9. **Klink.** Ein Fall von Tuberculose der Uro-genital-Organe, versteckte Schanker der Harnröhre und der Harnblase simulirend. („Medycyna" [poln.] Tom. III. Nr. 30. 1875.)
10. **Schech.** Ueber Stenosirungen des Pharynx in Folge von Syphilis. (Deutsches Archiv für klin. Medizin. 17. Bd. 2. u. 3. Heft 1876.)
11. **Hock.** Die syphilitischen Augenkrankheiten. (Wiener Klinik, März-April 1876.)

Der Einfluss von Syphilis auf Wunden ist früher von Zeissl und in den letzten Jahren von Verneuil näher ins Auge gefasst worden. Petit (**5**) gelangt nun, hauptsächlich auf Verneuil fussend, in einer grösseren Arbeit zu folgenden Resultaten:

Bei schweren oder schlecht behandelten Fällen von Syphilis können Wunden ein eigenthümliches Aussehen oder einen abnormen Verlauf zeigen. Dieses Aussehen ändert sich sofort oder Wochen und Monate später, indem die Wunde sich entweder zu einem syphilitischen Geschwüre, oder wenigstens zu einem Geschwür mit schlechtem Heiltrieb umgestaltet oder einfach nicht vernarbt. Wenn Wunden bei Individuen mit latenter Syphilis gesetzt werden, können Syphilissymptome auf den Wundstellen oder entfernt von ihnen auftreten oder allgemeine Syphilis-Erscheinungen hervortreten. Es ist hiebei kein Unterschied, ob die Verwundungen im secundären oder tertiären Stadium der Syphilis auftreten. Wenn auch die Wundstelle früher keine localen Syphilis-Erscheinungen zeigte, können solche auf der Narbe in Form des Zerfalles derselben oder gummatöser Wucherungen sich äussern, welche dann wie originale Syphilis-Affecte verlaufen und geheilt werden. Bisweilen gibt Syphilis Anlass zu Wundcomplicationen, welche wieder Syphilis-Symptome induciren können. Verf. räth daher, vor irgend einer (insbesonderen plastischen) Operation bei einem Syphilitischen eine antisyphilitische Behandlung einzuleiten.

Das Drüsenpaket, welches zunächst dem Ellbogen sich befindet, ist nach Grünfeld (**6**) von nicht zu unterschätzender

Bedeutung bei Erkrankungsformen specifischer Natur. Die Leistenbeuge, die Achselhöhle, die Unterkiefergegend und der Nacken, welche als Sammelpunkte der Saugadern der entsprechenden Körperregionen die meisten Lymphdrüsen aufzuweisen haben, sind an sich schon vielfachen Schädlichkeiten ausgesetzt, die zu Drüsenentzündungen etc. Anlass geben, wenngleich die weitaus grössere Zahl der Drüsenerkrankungen durch Affectionen bedingt sind, die an entfernteren Stellen ihren Sitz haben. Die Ellbogendrüsen dagegen sind derart situirt, dass von Seiten der nächsten Umgebung derselben kaum ein Anlass zu deren autochthoner Erkrankung vorliegen mag, so dass jede Alteration der Cubitaldrüsen auf eine den Vorderarm, die Hand oder den Gesammtorganismus betreffende Erkrankung schliessen lässt. Darin liegt auch der Grund, dass v. Sigmund den Cubitaldrüsen in den Fällen von allgemeiner Syphilis einen wesentlichen diagnostischen Werth beilegt.

Die Ellbogendrüsen liegen an der Innenfläche des Oberarmes zwei bis drei Querfinger oberhalb des Condylus internus, und zwar in einer Furche zwischen der Sehne des Biceps und Triceps. Will man daher die in der Tiefe an der Vena basilica liegenden Cubitaldrüsen finden, so muss die Oberextremität so gehalten werden, dass die genannten Sehnen entspannt werden. Dies geschieht am besten, wenn man z. B. den linken, im Ellbogengelenke gebeugten und adducirten Arm des zu Untersuchenden mit der linken Hand hält und mit den Fingerspitzen der rechten Hand von aussen her die Drüsen aufsucht. (In entgegengesetzter Weise wird man die Drüsen des rechten Ellbogens finden.) Die Zahl der hier vorfindlichen Drüsen ist verschieden. Am häufigsten wird man blos eine, öfter aber auch zwei bis drei mehr weniger von einander entfernte Drüsen constatiren können, die aber immer in der früher erwähnten Furche, jedoch nie bis über die Mitte des Oberarmes zu liegen kommen. Im normalen Zustande sind sie selbstverständlich so klein, dass sie kaum oder sehr selten mit Sicherheit aufzufinden sind.

Die Erkrankung, welche das zunächst dem Ellbogen befindliche Drüsenpaket betrifft, ist vornehmlich zweifacher Art. Die eine Form derselben (indolente Bubonen) wird bei syphilitischen Individuen in einer gewissen Periode der Krankheit ausnahmslos (wir müssen dem entschieden widersprechen, Ref.) beobachtet, und zwar sind es hier einzelne oder mehrere erbsen- bis bohnen-

grosse, nur selten haselnuss- oder zwetschkenkerngrosse, leicht verschiebbare, knotige, harte Drüsengeschwülste, welche keinerlei Veränderungen der sie bedeckenden Haut zeigen und bei Druck nicht empfindlich sind.

Seltener ist die zweite Form der die Cubitaldrüsen betreffenden Erkrankung, nämlich die Vereiterung der Ellbogendrüsen, der acute suppurirende Bubo des Ellbogens. Diese Form tritt vorwiegend zufolge eines einfachen Schankers an irgend einem Theile der Hand auf. Das Auftreten der suppurirenden Cubitaldrüsen ist indess ein relativ seltenes, weil eine Vernachlässigung eines an einer sinnfälligen Stelle befindlichen Ulcus schon deshalb selten verschuldet wird, weil der Besitzer desselben, zumeist schon mit Form und Consequenz eines solchen Affectes hinreichend vertraut, für Reinhaltung und baldige Heilung desselben noch zur rechten Zeit Sorge trägt.

Die wichtigste Erscheinung, welche bei Vorhandensein eines Schankers an der Hand das Auftreten von Ellbogendrüsen-Vereiterung einleitet, ist die Lymphangioitis des Vorderarmes, welche sich constant einstellt, ehe jene Affection der Cubitaldrüsen zu Stande kömmt. Dieser Umstand ist schon deshalb bemerkenswerth, weil die Entzündung der Lymphgefässe, welche die Verbindung zwischen dem Ulcus und den benachbarten Drüsen bilden, an der Genitalsphäre nur ausnahmsweise beobachtet wird, während sie am Vorderarme nie zu fehlen scheint. Die in Rede stehende Lymphangioitis zeigt keinerlei Unterschied von jener Form, die bei nicht contagiösen Affectionen an der Hand als Secundärerscheinung auftritt. Im Allgemeinen lässt sich blos eine grössere Intensität und eine längere Dauer der Lymphgefässentzündung constatiren. Sobald beim Schanker an der Hand, resp. am Finger, Lymphangioitis auftritt, kann man auch schon das Anschwellen der entsprechenden Cubitaldrüsen wahrnehmen. Diese werden sowohl bei Berührung (Druck), als auch bei activen und passiven Bewegungen im Ellbogengelenke empfindlich, nehmen allmälig an Grösse zu, das sie umgebende Gewebe wird gleichfalls in den Bereich der Entzündung mit einbezogen, welche sich alsbald auch auf die allgemeine Decke fortsetzt, so dass diese mit dem darunter befindlichen Entzündungsherde verschmilzt. Im Verlaufe treten alle jene Vorgänge auf, welche zur Vereiterung des Drüsengewebes führen, bis diese durch deutlich wahrnehmbare Fluctuation sich kundgibt. Die Form des Drüsenabscesses ist eine läng-

lich ovale, wobei die Achse desselben mit der des Oberarmes parallel läuft. In manchen Fällen ist die Eiterhöhle von ziemlicher Länge, wahrscheinlich da, wo im Sulcus bicipitalis eine grössere Drüsenreihe sich vorfand.

In Ausnahmsfällen bloss tritt da, wo beim Fingerschanker Lymphangioitis zu Stande kam und die Cubitaldrüsen eine subacute Anschwellung erlitten, Rückbildung ein, so dass die Vereiterung der Ellbogendrüsen unterbleibt; ein Vorgang, wie er relativ viel häufiger bei Drüsenerkrankungen in der Leistenbeuge zu beobachten kömmt. In allen Fällen von suppurirenden Ellbogenbubonen — Verf. notirte deren vierzehn — konnte ein günstiger Ausgang verzeichnet werden. Eine möglichst kleine Punctionsöffnung, an passender Stelle applicirt, gestattete dem Eiter hinlänglichen Ausfluss und liess vollständige Involution der Eiterhöhle erlangen.

Die suppurirende Adenitis axillaris scheint nach dem Verf. höchst selten als directer Folgezustand der genannten Affection sich einzustellen.

Eine subacute, schmerzhafte Entzündung der Cubitaldrüse beobachtet man auch zuweilen, und zwar bei einfachen contagiösen Geschwüren sowohl, als auch bei den Initialformen der Syphilis (Sclerosen). Derlei Adenitisformen sind einige Tage hindurch empfindlich, sie erreichen keinen hohen Grad und ziehen selten die entsprechende Hautpartie, ja selbst nicht das periglanduläre Gewebe in Mitleidenschaft und gehen rasch eine Involution ein, wie es beim einfachen Schanker der Fall ist, oder persistiren eine geraume Zeit hindurch als haselnuss- bis nussgrosse Tumoren, wie es bei der beginnenden Syphilis der Fall ist und verkleinern sich in dem Masse, als die allgemeine Erkrankung abnimmt.

Desprès (7) schildert drei Fälle von Kindern mit syphilitischer Orchitis, wovon eines 13 Monate, das zweite 3 Jahre, das dritte 7 Monate alt war. In allen drei Fällen waren neben der Hodenanschwellung ausgesprochene anderweitige Symptome der Syphilis. Im zweiten Falle soll auch der Samenstrang nebst dem rechten Hoden erkrankt gewesen sein. Cornil fand bei der Nekroskopie Hypertrophie des Bindegewebes der Tunica vaginalis und der

Albuginea, des Interstitialgewebes des Nebenhodens und des Hodenparenchyms, Periorchitis, Epididymitis und Orchitis chronica. Der Verfasser zweifelt übrigens merkwürdiger Weise an der Existenz der Hodensyphilis.

Ueber folgenden Fall von Enchondroma des Nebenhodens berichtet Krzykowski (8):

A. H., 45 Jahre alt, seit fünf Jahren kinderlos, am 10. Mai 1875 ins Krankenhaus aufgenommen. Der Patient gibt an, dass er nie an Krankheiten der Geschlechtstheile litt, die Vergrösserung des linken Hodens bemerkte er erst vor drei Jahren. Der linke Hoden bildete eine wenig schmerzhafte Geschwulst, die bis zum Kniegelenke ragte. Die Länge des Tumors 36 Cm., der grösste Umfang desselben 54 Cm. Die Oberfläche uneben, höckerig, die Consistenz hart und elastisch, am unteren Theile der Geschwulst war eine undeutliche Fluctuation zu fühlen. Die Haut verschiebbar, der rechte Hode normal. Die Geschwulst wurde extirpirt und wog $7^1/_2$ Pfund. Sie stellte sich als ein Enchondrom heraus. Auf dem Durchschnitte im unteren Theile fand sich eine Cyste, deren Wände von Tunica vaginalis testis propria gebildet waren. Am 4. Juli verliess der Kranke geheilt das Krankenhaus. Klink.

Der folgende Fall von Klink (9) vermehrt die noch geringe Zahl der Beobachtungen von Urogenital-Tuberkulose, Schanker simulirend.

Joh. O., 30 Jahre alt, ein Beamter, wurde den 1. December 1874 in die Klinik der syphilitischen Krankheiten in Warschau aufgenommen. Vor sechs Jahren hatte der Kranke einen Schanker und vor drei Jahren einen Tripper. Sechs Monate vor dem Eintreten in die Klinik merkte der Kranke eine Vergrösserung und Verhärtung des linken Hodens. Beim Untersuchen ergab sich, dass der Hoden und seine Epididymis vergrössert, hart und schmerzhaft waren, der Samenstrang stark verdickt. Der rechte Hoden, seine Epididymis und Samenstrang normal. Keine Strictur der Harnröhre. Die Prostata stark vergrössert. Kein Ausfluss aus der Harnröhre. Der Harn enthielt Eiweiss, Schleim, Eiter und Blutkörperchen. In den Lungen — in der rechten nämlich — chronische Bronchopneumonie. Der Kranke war abgezehrt, ein unaufhörlicher Durchfall belästigte ihn, ein fieberhafter Zustand, abendliche Temperatur + 39° C. Den 20. December

kam es zum eitrigen Ausfluss aus der Harnröhre und Schmerzen beim Harnlassen, der Kranke beklagte sich über Schmerzen in der Gegend der Harnblase. Den 27. December kam es zur starken Blutung aus der Harnblase, der linke Hoden erweichte, die Auszehrung schritt rasch weiter und den 18. Januar 1875 starb der Kranke.

Der Leichenbefund ergab: Stark vorgeschrittene allgemeine Abmagerung, Pneumonia lobularis caseosa chronica et acuta, Peribronchitis et Bronchitis catarrhalis chronica, Infiltratio adiposa cordis et hepatis. Am wesentlichsten aber waren die Veränderungen der Uro-genital-Organe: Die rechte Niere etwas vergrössert, Pyramiden hyperämisch, die Corticalsubstanz blass, die Nierenkapsel geht leicht ab (Nephritis parenchymatosa). Die linke Niere, fest mit dem angrenzenden Gewebe verwachsen, bot grosse Veränderungen dar: sie war um die Hälfte grösser als die rechte Niere, auf ihrer Oberfläche in einigen Stellen merkte man wallnussgrosse Herde, die in Folge ihrer Härte und sandig gelben Farbe von dem umliegenden Gewebe differirten. Auf dem Durchschnitt dieser Herde fand man eine mit dickem, käsigen Eiter ausgefüllte Höhle, und nach dessen Entfernung verdickte und unebene Wände derselben. Auf dem Durchschnitte der Niere fand man noch einige Abscesse, einen aber im oberen Ende der Niere, der 8 Cm. im Durchschnitte besass. Die Schleimhaut der Nierenkelche trat als eine verdickte Abscesswand entgegen, mit dickem, käsigem Eiter ausgefüllt.

Ueberhaupt bot das Gewebe der linken Niere die Wände für in demselben zerstreute Abscesse. Der linke Harnleiter, einen kleinen Finger gross, bestand aus einer verdickten Hülle und einer einige Millimeter dicken käsigen Schichte, so dass er einen mit eitriger Flüssigkeit gefüllten Gang ausmachte. Diese Verdickung und käsige Degeneration des Harnleiters erstreckte sich bis zur Harnblase. Nachdem man die Harnblase, die Hoden und die Harnröhre ausgeschnitten hatte und vom Orificium urethrae aus die vordere Wand der Harnröhre und vordere Blasenwand aufschlitzte, fand man auf der Schleimhaut der Harnröhre, der Fossa navicularis entsprechend, eine kleine erbsengrosse Ulceration, auf deren Boden ein graulicher Belag zu merken war; in der Hälfte der Harnröhre eine zweite ganz ähnliche Ulceration und eine dritte Ulceration einige Millimeter von den Cowper'schen Drüsen entfernt. Die ganze Schleimhaut der Harnröhre verdickt und hyperämisch. Auf der Stelle den Cowper-

schen Drüsen entsprechend traf man zwei wallnussgrosse Höhlen, mit käsigem Eiter gefüllt. Hinter den Cowper'schen Drüsen befand sich eine grosse mit käsiger Masse erfüllte Höhle. Die Ränder dieser Höhle waren erodirt, unterminirt und mit gelblich-grauer Detritusmasse bedeckt. Nach Durchschneiden der Prostata fand man, dass sie nicht im Ganzen mit eitrig-käsiger Masse erfüllt war, man traf auf Stellen, die dem Zerfall noch nicht zum Opfer gefallen waren. Auf dem Durchschnitte der noch erhaltenen Theile der Prostata fand man vereinzelte linsengrosse Kerne. Die linke Vesicula seminalis stark vergrössert und mit käsiger Masse erfüllt.

Das linke Vas deferens, von der Dicke einer Gänsefeder, bestand aus verdickter Hülle und käsiger Masse. Die linke Epididymis um das Dreifache vergrössert, hart, bot auf dem Durchschnitte kleine graue Kerne. Der linke Hoden vergrössert, hart und auf dem Durchschnitt grösstentheils mit eitrig-käsiger flüssiger Masse erfüllt.

Die rechte Vesicula seminalis unverändert, ebenso auch das rechte Vas deferens, der rechte Hoden und Epididymis. Die Wände der Harnblase stark verdickt. Der Inhalt der Harnblase eitrig-blutig. Die Schleimhaut verdickt, in Falten, auf der ganzen Oberfläche mit Ulcerationen, die glattrandig und stark unterminirt waren, bedeckt. Die Ulcerationen von der Grösse einer Haselnuss waren grösstentheils vereinzelt, nur beim Blasenhalse und bei der Mündung der Harnleiter confluirten sie, die verschiedensten Figuren darbietend. Der Boden dieser Ulcerationen war mit grau-gelber Detritusmasse belegt und nach dem Entfernen derselben mit einem Wasserstrome, unegal und erodirt. Die mikroskopische Untersuchung ergab Tuberculose des Uro-genital-Apparates.

Nach dem Allen beschreibt der Verfasser die Ricord'schen Beobachtungen, in welchen derselbe bei zwei seiner Kranken gefundene postmortale Befunde, die den eben beschriebenen glichen, als Folge der in der Harnröhre versteckten Schanker ansieht; der Verf. aber bemüht sich, auf Soloweitschik's, Pitha's und seine eigenen Beobachtungen gestützt, zu beweisen, dass Ricord es mit Tuberculose der Uro-genital-Organe zu thun hatte, aber nicht mit dem versteckten Schanker der Harnröhre.

Nach Schech (**10**) kommen Stenosen im oberen Abschnitte des Cavum pharyngo-nasale bis zum Niveau der Uvula am häufigsten

vor, weil die Geschwüre hier auch am häufigsten vorzukommen pflegen.

Den von Gerhardt ausgesprochenen Satz, dass die Häufigkeit der syphilitischen Processe vom Rachen nach der Luftröhre zu in rascher Progression abnehme, kann er nur bestätigen.

Die mit Abstossung des Epithels einhergehenden entzündlichen Processe genügen nach ihm, Verwachsungen herbeizuführen.

Bezüglich des Mechanismus der Verwachsung glaubt er, dass die mit der Perforation oder Defectwerden einhergehen(sollen)de Schlaffheit an derselben Schuld trage, weil hiedurch der längere Contact mit der hinteren Rachenwand ermöglicht wird. Die ersten Adhäsionen werden oft durch Räuspern, Husten gelöst; beim perforirten Velum geht die Loslösung der Adhäsionen schwerer vor sich, weil der Luftstrom nicht dieselbe Kraft entwickeln kann.

Am häufigsten verwächst die hintere Fläche des Arcus palatopharyngeus mit der Schlundwand.

Beim vollständigen Abschluss des Nasenrachenraumes geht der Geruch und Geschmack verloren; durch Offenhalten des Mundes, Herabhängenlassen des Unterkiefers erhält das Gesicht des Patienten einen stupiden Ausdruck.

Das Näseln kommt nach dem Verf. häufiger bei jenen Kranken vor, wo der Zutritt oder das Durchstreichen der Luft durch die Nase erschwert oder unmöglich wird (? Ref.); seltener dort, wo die Circulation der Luft durch die Nase ungebührlich erleichtert wird. Die Ursache des Näselns ist die behinderte Motilität des Velums.

Die Therapie derartiger Verwachsungen ist hauptsächlich eine prophylaktische.

Die Stricturen der unteren Pharynxpartien sind nach S. seltener. Das häufigste ätiologische Moment geben hiezu den ganzen Rachen, resp. Zungengrund umgreifende Geschwüre und deren Narben; sie sind in der Regel durch membranartig hervorragende Narben gebildet.

Sie haben Deglutitions- und Respirationsbeschwerden zur Folge.

Die Behandlung kann bei älteren Fällen nur eine operative sein; in frischeren Fällen (wo noch Geschwüre vorhanden sind) leistet eine Inunctions- oder Jodcur oft etwas Wesentliches. Den schneidenden Instrumenten gibt er hiebei vor allen anderen den Vorzug, obwohl bei letzteren die Blutung oft sehr profus sein kann.

Die Glühschlinge ist nur dann anzuwenden, wenn deren Anwendung nicht lange andauern müsste.

Er theilt hierauf zwei einschlägige Fälle mit, wovon wir nur den zweiten als typischen Fall recitiren wollen:

Eine 34 Jahre alte Bäuerin verlor im Jahre 1870 durch Verschwärung die Uvula, hierauf bekam sie Schlingbeschwerden, so dass sie nachher bis zum Jahre 1874 nur flüssige Nahrungsmittel geniessen konnte. (Gewöhnlich ist bei Epiglottiszerstörung, wie diess auch hier der Fall war, der Genuss von zu Bissen formirbaren Speisen eher möglich. Ref.)

Im Jahre 1874 war die Respiration sehr erschwert, von Weitem zu hören, auf den Gebrauch von Jodkalium trat eine Besserung ein.

Im Jahre 1875 waren die Inguinaldrüsen noch stark geschwollen, rechts entsprechend der Sutura lambdoidea eine Knochenauftreibung zu constatiren.

Beiderseits war die hintere Fläche des Arcus palatoglossus mit der mittleren Partie der Pharynxwand verwachsen. Die Stimme war heiser und näselnd.

Die Epiglottis war in zwei unförmige Wülste umgewandelt, zwischen diesen befand sich die enge Passage für Luft und Ingesta.

Nach Abtragung der hypertropischen Reste der Epiglottis mittelst der Quetschschlinge athmete die Patientin bedeutend leichter, das rechte Stimmband überdeckende Wucherungen wurden auch entfernt, hierauf wurde die Stimme reiner.

Nach der Operation traten in der Lunge zwei Gummiknoten noch auf, welche auf den Gebrauch von Sublimat und Jodkalium fast ganz zur Resorption gebracht worden sind. Vajda.

Hock stellt sich (**11**) folgende Fragen: 1. Sind die syphilitischen Erkrankungen des Auges Folgezustände der Syphilis, oder sind sie eine Manifestation der Lues, die sich in den Augen localisirte? 2. Zeigen diese Erkrankungen solche pathognomonische Zeichen, dass sie als specifische Krankheiten aufgefasst werden müssen? Die erste Frage wird dahin beantwortet, dass gewisse Augenerkrankungen Folgezustände syphilitischer Leiden, z. B. Neuritis optica bei Gehirnlues, andere aber wirkliche Localisationen der Syphilis darstellen, wie die Iritis etc. Auf die zweite Frage wird geantwortet, dass nur zweierlei Erkrankungen der Augen pathognomonische Zeichen für

Syphilis darbieten. Diese sind die Iritis gummosa und die Retinitis syphilitica. Bei Discussion der ersteren Frage weist der Vf. auf die mangelhafte Statistik hin, welche kaum einen Schluss auf die Häufigkeit von Augenkrankheiten bei Syphilis überhaupt erlaubt, wol aber Andeutungen über die Häufigkeit der Iritis bei Syphilitischen gibt. Dieser Angabe zufolge tritt in 4 bis 5 Procent der Fälle von constitutioneller Syphilis Iritis auf. Die syphilitischen Augenkrankheiten theilt Verf. in solche ein, welche eine directe Manifestation der Lues darbieten, als syphilitische Augenkrankheiten im engeren Sinne und in Folgekrankheiten syphilitischer extraovulärer Erkrankungen. Unter den ersteren werden die Erkrankungen der Lider und der Bindehaut als seltene Krankheiten nur kurz abgehandelt, bei ersteren auch auf die äusserst seltene Entzündung des Tarsus, bei letzteren auf das zuweilen zu colossaler Grösse heranwuchernde Bindehaut-Gumma hingewiesen.

Bei den Hornhauterkrankungen bespricht Vf. zuerst die Keratitis interstitialis diffusa, die nach Hutchinson in hereditärer Syphilis ihren Grund haben soll und weist in ausführlicher Weise das Unbegründete dieser Annahme nach.

Dafür stellt er eine von ihm beobachtete Form von interstitieller Keratitis auf, welche sich von der typischen Form durch ihr Vorkommen bei Iritis specifica, durch den Mangel an Gefässerscheinungen, durch ihr partielles, randständiges Auftreten und durch die rasche Rückbildung bei Mercurialbehandlung unterscheidet.

Eine weitere Form der Hornhautentzündung ist die von Mauthner als eigentliche Keratitis punctata angeführte, welche sich in dem Auftreten von punktförmigen Infiltraten in der Substantia propria der Hornhaut charakterisirt. Verf. berichtet über einen solchen ausgezeichneten Fall aus seiner Abtheilung an der Wiener allg. Poliklinik, welcher mit einer eigenthümlichen Form von Chorioiditis combinirt war, und schlägt vor, diese Art der Erkrankung als Keratitis interstitialis punctiformis specifica zu bezeichnen.

Als dritte Form von Hornhauterkrankung bei Syphilis bezeichnet Verf. die bei hereditär syphilitischen Kindern zuweilen auftretende Malacia corneae, welche in einem Zerfall dieser Membran ohne nachweisbare Entzündungserscheinungen besteht.

Am ausführlichsten wird die Iritis syphilitica behandelt. In Bezug auf das Vorkommen derselben nimmt der Verf. unter Berück-

sichtigung der einschlägigen Literatur an, dass die gute Hälfte aller Iritiden specifischer Natur sei. Aeussere Schädlichkeiten können die Veranlassung zum Ausbruche dieser Erkrankung abgeben, dieselbe tritt aber auch ohne nachweisbar einwirkende Schädlichkeit bei sorgfältigster Pflege auf. Selten werden beide Augen zu gleicher Zeit ergriffen, eben so selten bleibt die Krankheit auf ein Auge beschränkt. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle unterscheidet sich die J. specif. in nichts von der idiopiathischen und die von älteren Aerzten angeführten specifischen Symptome mussten der geläuterten Erfahrung weichen. Nur die knötchenartigen Auswüchse der Iris (Gummata oder Condylome der Iris) kommen fast ausschliesslich der specifischen Iritis zu. Verf. führt als Beweise für die specifische Natur der Gummata die Ergebnisse der Statistik, sowie zwei mikroskopische Befunde von Colberg und Neumann an, welche das Gewebe der Irisgummen als identisch mit der von Virchow als Granulationsgewebe bezeichneten Zusammensetzung der syphilitischen Gummata anderer Körpertheile gefunden hatten.

Als charakteristisch für den Verlauf der I. specifica bezeichnet Verf. die häufigen Recidive und die schleichende Weise, in welcher die Entzündung zuweilen auftritt, so dass sie von den Kranken häufig übersehen wird und erst durch die folgende Amblyopie die Aufmerksamkeit desselben erregt.

Als die wichtigsten Complicationen führt Verf. die Chorioideitis Cyclitis und die in neuester Zeit von Schnabel und Droguat-Landré urgirte Retinitis auf.

Die Ausgänge dieser Erkrankung unterscheiden sich in keiner Weise von der jeder anderen Iritis, nur sind die die Function des Auges bedrohenden Ausgänge häufiger wegen des protrahirten Verlaufes und der Neigung, sich mit intraocularen Erkrankungen zu compliciren.

Die Prognose ist im Allgemeinen eine schlechtere, als die der Iritis idiopathica, aus den im Verlaufe und den Ausgängen angeführten Gründen, nur ist die Vorhersage der bei inveterirter Syphilis auftretenden Iritis nach des Verf. Erfahrung günstiger, als jene der im Beginne des constitutionellen Leidens auftretenden; dafür disponirt erstere mehr zu Retinitis.

Bezüglich der Therapie räth der Verf. bei milde verlaufenden Fällen zum Sublimat; wenn dieses nicht ertragen wird, oder wenn

Gefahr im Verzuge ist, endlich bei Recidiven, zur Inunctionscur. Dabei die locale Behandlung mit Atropin (1 : 120), in leichteren Fällen zweimal täglich einen Tropfen, bei schwereren Leiden alle zwei Stunden eine Instillation. Wirkt das Mydriaticum wenig oder gar nicht, so greife man zu Blutegeln. Gegen den heftigen Schmerz werden Morphineinspritzungen gemacht. Die von mancher Seite dringend empfohlenen Cataplasmen räth Verf. erst im späteren Verlaufe anzuwenden. Verf. bespricht sodann die operative Behandlung der Ausgänge der Iritis und verwirft die zur Lösung von zurückbleibenden Synechien vorgeschlagenen Operationsmethoden als überflüssig oder unzureichend. Bei Besprechung der Aderhautleiden beschäftigt sich Verf. mit dem zur Iritis hinzutretenden, macht auf die Gefährlichkeit aufmerksam und dringt auf intensive Inunctionscur. Bei der als Chorioideitis serosa bekannten Form tritt er entschieden für die Ansicht ein, dass hier in der That ein Leiden der Aderhaut und nicht ein selbstständiges Leiden des getrübten Glaskörpers vorliege, und citirt einen Fall, in welchem sich an eine solche Chor. serosa nach Wochen eine durch den Augenspiegel eruirbare Erkrankung des hinteren Aderhautabschnittes anschloss und den Zusammenhang der ersten Erkrankung mit der Aderhaut zur Evidenz ergab. Die verschiedenen bei Syphilis vorkommenden Formen der Ch. exsudativa vermehrt Verf. um eine neue, bei welcher bei intactem Sehvermögen das oberflächliche Chorioidealepithel in grossen Plaques eine Umänderung des braunen Pigmentes in schwarzes erfährt. Die Prognose der Chorioidealerkrankungen bei Syphilis ist eine günstigere, als die der Aderhauterkrankungen aus anderer Ursache, die Therapie: die Mercurialbehandlung. Als Retinitis syphilitica, um welche der Streit der Meinungen unter den Oculisten am lebhaftesten entbrannt ist, bezeichnet Verf. die von Förster beschriebene, ursprünglich von Jacobson aufgestellte Form als die fast ausschliesslich vorkommende. Dieselbe besteht in einer gleichmässigen Verschleierung des ganzen Augengrundes, hervorgerufen durch eine äusserst zarte, staubartige Trübung des Glaskörpers in seinem hinteren Theile ohne nachweisbare Veränderungen an der Netzhaut, und unterscheidet sich durch diesen Umstand von der R. diffusa, mit welcher sie andere Autoren verwechseln. Dieselbe ist mit ringförmigen Scotomen in Verbindung und zeigt eine grosse Neigung zu Recidiven. Es werden noch andere Formen von Retinitis erwähnt, sowie Fälle, wo bei Anwesenheit

von centralen Scotomen Verengerung der Netzhautarterien (analog dem Heubner'schen Befunde an den Hirnarterien) vom Verf. gefunden wurden.

Die Periostitis orb. syph. wird kurz erwähnt und ein interessanter Fall aufgeführt. Unter den syphilitischen Folgekrankheiten sind es die Neuritis optici, die Atrophia nervi optici, die Augenmuskellähmungen und das syphilitische Thränensackleiden, welches Verf. abhandelt und namentlich unter den Muskelleiden über einen äusserst seltenen Fall von Krampf eines Augenmuskels berichtet.

12. Kämmerer. Ueber die arzneiliche Wirkungsweise des Jodkalium und des Sublimats. (Virchow's Arch. 59. Bd. 3. u. 4. Heft.)

13. Króworzynski. Bemerkungen über die hypodermatische Anwendung des Hydr. bicyanat. bei Syphilis. (Preglad Uharski-Krakowski Nr. 50. 1875.) [poln.]

14. v. Bamberger. Ueber hypodermatische Anwendung von löslichem Quecksilber-Albuminat. (Wiener med. Wochenschrift Nr. 11, 1876.)

15. Hamburger. Bemerkungen zur Darstellung des löslichen Quecksilber-Albuminats. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 14, 1876.)

16. v. Bamberger. Nachträgliche Bemerkung über die Darstellung des löslichen Quecksilber-Albuminats. (Ebenda.)

Von Kämmerer sind (**12**) folgende Angaben über Jodkalium- und Sublimatwirkung gemacht worden:

Die Jodkaliumwirkung. Verf. geht bei seiner Erklärung über die innerliche Wirkungsweise des Jodkaliums von der Zersetzung des Jodkaliums durch ozonisirten Sauerstoff und durch Kohlensäure aus. Ozon bewirkt in Jodkaliumlösungen eine starke Jodausscheidung, worauf bekanntlich der Gebrauch des Jodkalium-Stärkekleisterpapieres als eines der schärfsten Reagentien auf Ozon beruht. Anderseits wird nach Struve Jodkalium in sehr verdünnter wässeriger Lösung auch durch Kohlensäure zunächst in Jodwasserstoffsäure und saures kohlensaures Kalium zerlegt, die freie Jodwasserstoffsäure aber sehr leicht schon von gewöhnlichem, nicht ozonisirtem Sauerstoff unter Ausscheidung von Jod und Bildung von Wasser zersetzt.

Von diesen zwei Erfahrungssätzen aus erklärt K. die Wirkungsweise des Jodkalium bei innerlicher Darreichung folgendermassen: Das Jodkalium gelangt unzersetzt als solches vom Magen aus in das Blut, da weder die äusserst verdünnte Salzsäure des Magens, noch auch die im Magen befindlichen Bestandtheile der Nahrungsmittel (Eiweissstoffe, Zucker, Stärkemehl etc., die Salze) auf dasselbe zersetzend einwirken können. Im Blute wird es durch die in demselben fortwährend entstehenden reichlichen Mengen von Kohlensäure um so leichter bei dem hohen Drucke, der in den Blutgefässen herrscht, in Jodwasserstoffsäure und doppeltkohlensaures Kalium, und erstere wieder durch den Blutsauerstoff in freies Jod und Wasser zerlegt. Selbst wenn die Zersetzung des Jodkaliums durch die Kohlensäure aus irgend welchen Gründen nicht stattfände, würde durch die Einwirkung des Blutsauerstoffes allein (dessen Eigenschaften jenen des Ozons überaus nahe kommen) auf Jodkalium ebenfalls Jod frei werden, so dass sich somit die Wirkung des Jodkalium auf die bekannte und erklärliche Wirkungsweise des freien Jods zurückführen lässt. Was nun die Wirkung des freigewordenen Jods auf die Stoffe des Blutes anbelangt, so ist eine solche auf die anorganischen Bestandtheile desselben nicht wohl anzunehmen, da einerseits, wie Verf. gefunden hat, das doppeltkohlensaure Alkali davon keine Zerlegung erfährt, und anderseits zwischen phosphorsaurem Kalium und Jod eine Reaction unter Bildung einer niedrigen Jodsauerstoffverbindung (unterjodiger Säure) eintreten könnte, welch' letztere als äusserst leicht reducirbare, deshalb kräftig oxydirende Substanz eine rasche Zerstörung, resp. Verbrennung organischer Substanz unter Freiwerden von Jod bewirken, deren Wirkung im Wesentlichen somit mit der des freien Jod zusammenfallen würde. Den organischen Blutbestandtheilen gegenüber wird das Jod dagegen sich anders verhalten, indem es durch Entziehung von Wasserstoff Zerstörung der complicirt zusammengesetzten organischen Verbindungen, Zerfallen derselben in einfachere bewirkt, die theils, leicht oxydirbar, zu Kohlensäure und Wasser verbrannt, oder durch die verschiedenen Secretionsorgane aus dem Körper entfernt werden. Das Jod ist aber nach seiner ersten Reaction wieder in Jodwasserstoffsäure übergegangen zu denken, diese wird durch Sauerstoff wieder zersetzt werden, das freie Jod wieder auf protoplasmatische Stoffe in der oben erwähnten Weise einwirken, und dies wird sich so lange wiederholen, bis die

Elimination des Jods durch die Secretionsorgane erfolgt; mithin wird ein und dasselbe Molekül Jod eine unverhältnissmässig grosse Anzahl von Molekülen organischer Substanzen zu zerstören vermögen.

Was nun die Metamorphosen des andern Zersetzungsproductes, des Kalium, anbelangt, so wäre, wenn man die (in neuerer Zeit durch Gorup-Besanez in Frage gestellte) Zersetzung des Jodkalium durch Kohlensäure annehmen dürfte, die Verwandlung des Kalium in Kaliumcarbonat, resp. Bicarbonat unzweifelhaft. Nimmt man aber an, die Zersetzung des Jodkalium erfolge durch den Sauerstoff, so kann sich aus dem Kalium unzweifelhaft nur ein Körper bilden, auf den das Jod nicht wirkt, also nicht Kaliumoxyd, sondern Kaliumsuperoxyd, also neben dem kräftig zerstörenden Jod noch ein zweiter Körper, der leicht oxydirend auf organische Substanzen wirkt, indem er durch diese zu Kalium reducirt wird, welches seinerseits sich mit Kohlensäure zu kohlensaurem Kali verbindet.

Die Wirkungen des Jodkalium, im Wesentlichen zunächst in Erhöhung der Blutwärme und Abmagerung bestehend, lassen sich nach der von K. gegebenen Hypothese durch Erhöhung der Verbrennung im Blute vollständig erklären.

Króworzynski stellt (**13**) eine Reihe von fünfzig Beobachtungen mit Injectionen von Hydr. bicyanat. dar. Der grösste Theil der Kranken litt an Syphilis erythemat. et papul. In fünf Fällen hat der Verfasser die subcutanen Injectionen bei schon deutlich eingetretener Härte des Ulcus, in anderen fünf Fällen in späteren Stadien der Syphilis vorgenommen.

Die injicirte Lösung (von Cullingworth) bestand aus 0·22 gr. Hydr. bicyanat. auf 35 gr. Wasser, später 0·3 auf 35 gr. Von dieser Lösung betrug die auf einmal injicirte Dosis 0·0018 bis 0·0012 gr. und oft fängt der Verf. an von 0·006 bis 0·009 — 0·012 gr. Der Verf. hebt aus diesen Beobachtungen hervor:

Hydr. bicyanat. eignet sich besser zur subcutanen Anwendung als Hydr. sublim. corrosiv., denn jenes verursacht nach dem Verf. keine so grossen Schmerzen bei Injectionen als diese, ruft blos eine unbedeutende, leicht vorübergehende Verhärtung, keine Entzündung und Eiterung hervor. Es verursacht ferner weder Ptyalismus noch Stomatitis. Was den Erfolg dieser Behandlung bei Syphilis anbelangt, so steht die Anwendung des Hydr. bicyanat. der des Sublimats nicht nach. Klink.

v. Bamberger beleuchtet (**14**) die Vortheile der hypodermatischen Einverleibung der Arzneistoffe vor jeder anderen Darreichungsweise. Die Wirkung tritt rascher und sicherer auf, als z. B. bei der Einverleibung durch die Verdauungsorgane, deren Secrete in vielen Fällen gewisse Veränderungen in der chemischen Constitution veranlassen, welche sich von vorne herein kaum abschätzen lassen; ja gewisse Stoffe, wie das Curare, verlieren in Verdauungsflüssigkeit gerade so wie das Wuth- und Schlangengift jede Wirksamkeit, während schon minimale Quantitäten bei hypodermatischer Application im Organismus zur Geltung kommen. Aber nicht alle Medicamente eignen sich zur Injection. Solche, welche in grösseren Quantitäten verabreicht werden müssen, die unlöslich, schwer oder nur in reizenden Menstruen, wie Alkohol, Aether, Säuren löslich sind, bleiben von dieser Applicationsmethode ausgeschlossen. Zu diesem Mittel gehörte bis jetzt auch das Quecksilber. Schon in den ältesten Zeiten wurde die äusserliche Anwendung desselben vorgezogen, van Swieten, Ricord und Andere cultivirten auch die innerliche Darreichung, doch kam Letzterer bald wieder auf die Inunctionscur zurück, welche Methode durch die Wiener Schule (Sigmund) so vervollkommnet wurde, dass ihre Nachtheile verschwindend sind. Nichtsdestoweniger bleibt sie etwas Unvollkommenes, indem von jeder Unze kaum ein Gran unter die Haut eindringt. In neuerer Zeit waren es Hunter und später Hebra, welche es versuchten, lösliche Quecksilbersalze (Sublimat) zu injiciren und auf diese Weise die gewünschte Wirkung zu effectuiren. Diesen folgte Lewin in Berlin und der Verf. selbst in der letzten Zeit seiner Wirksamkeit zu Würzburg. Es zeigte sich in den wenigen Fällen, wo die Injectionen vertragen wurden, dass die Resultate sehr rasche waren; in sehr vielen Fällen aber wurden sie schlecht vertragen, indem sie Entzündungen, Abscessbildungen, selbst Gangrän veranlassten, so dass die Kranken sich meist weigerten, auf die Dauer dieser Behandlungsmethode sich zu unterziehen. Anderwärts machte man dieselben Erfahrungen, daher sich diese Methode nirgends einbürgern konnte, nur von Lewin wurde sie noch angewendet. (Diesen Anführungen des Verf. muss der Ref. entgegenhalten, dass, wie in diesen Blättern schon öfter erwähnt wurde, bei richtiger Anwendung, d. i. Schärfe des Stachels, guter Reinigung und Beölung desselben vor dem Einstich und tiefem Eingehen der Ref., welcher die

Sublimatinjectionen seit Jahren in grösster Ausdehnung klinisch anwendet [oft täglich an fünf bis zehn Fällen nacheinander], niemals Entzündungen, Abscesse oder Gangrän der Einstichsumgebung zu sehen Gelegenheit hatte). Man dachte an Stelle des Sublimats Calomel, natürlich in nur suspendirtem Zustande zu injiciren, das aber führte noch häufigere und heftigere Entzündungen herbei. (In Italien wird die Calomelinjection fast ausschliesslich geübt und Ref. hat bei Versuchen damit ebenfalls keine schädlichen Nebenwirkungen erfahren. Nur braucht man zu viel Injectionen. Ref.) Salpeter-, schwefel-, essig- und phosphorsaures Quecksilber wirken ähnlich wie Sublimat, auch die Quecksilberoxydulsalze haben keinen Vorzug, überdiess bilden sie in Berührung mit den chlornatriumhältigen Geweben alsbald Calomel.

Verf. war nun seit mehreren Jahren bemüht, ein lösliches, nicht ätzendes und reizendes Quecksilberpräparat herzustellen. Er richtete zuerst sein Augenmerk auf Verbindungen von Quecksilber mit organischer Säure, war vor Allem auf das harnsaure Quecksilberoxyd verfallen, welches sich aber für Injectionszwecke nicht eignet, da es sich nur in concentrirter Salmiaklösung löst. Ausserdem treten leicht Reductionserscheinungen auf. Ebenso war es mit seinen Derivaten. Sehr gut würde sich das milchsaure Quecksilber eignen, aber seine Bereitung macht viel Schwierigkeiten, man bekommt es nie völlig rein und dann unterliegt es einer beständigen Umwandlung und Zersetzung. Zuletzt erst verfiel v. Bamberger auf das Quecksilber-Albuminat, welches sich immer bildet, wo Quecksilber in den Organismus aufgenommen wird und das desshalb zuerst hätte in Betracht kommen sollen. In der That hatte es auch v. Bärensprung bereits innerlich angewendet, der später von der Quecksilberbehandlung ganz Umgang nahm; denn es ist zur innerlichen Anwendung ungeeignet, weil es weder im Magen-, noch im Darmsafte löslich ist; auch in indifferenten Flüssigkeiten ist es nicht löslich. Als geeignetstes Lösungsmittel für Quecksilber-Albuminat zeigte sich concentrirte Chlornatriumlösung.

Man fällt Hühnereiweiss mit Quecksilberchlorid, löst den Niederschlag in concentrirter Chlornatriumlösung. Die Lösung erfolgt vollkommen; man erhält eine farblose oder schwach gelbliche, etwas opalisirende Flüssigkeit (diese Trübung ist auf Rechnung der Verunreinigungen des Eiweisses zu bringen) von rein salzigem Ge-

schmack, die im Munde keinerlei unangenehme Sensation erregt und sich gegen Reagentien wie Serumalbumin verhält, aber auch zum Unterschied von diesem von Essigsäure und 3 basischer Phosphorsäure gefällt wird. Doch ist die Löslichkeit des Quecksilber-Albuminats beschränkt und nimmt nach längerer Zeit ab, daher man stets nur die frische Fällung benützen muss. Wenn man eine Eiweisslösung mit so viel Quecksilberchlorid versetzt, dass Eiweiss im Ueberschuss bleibt, sollte man erwarten, dass ins Filtrat kein Quecksilber übergehe; dass diess dennoch geschieht, rührt vom Gehalte des Eiweisses an Chloralkalien her, welche einen Theil des Quecksilbers in Lösung erhalten. Um die Solution des Quecksilber-Albuminates möglichst rein zu erhalten, colirt man die ursprüngliche Eiweisslösung durch ein nicht sehr grobes Tuch, dann durch einen Kugeltrichter, endlich durch ein Papierfilter, fällt das Filtrat mit Quecksilberchlorid und löst den Niederschlag alsbald in der concentrirten Chlornatriumlösung. Nach der Lösung ist die Flüssigkeit noch immer etwas trübe; man lässt sie ein paar Tage stehen und filtrirt dann durch ein doppeltes schwedisches Filtrirpapier. Eine nachträgliche Concentration der Lösung ist nicht leicht herzustellen, da man sie nicht erwärmen darf, wesshalb die geeignetsten Quantitätsverhältnisse durch eine vorhergehende Probe festzustellen sind. v. Bamberger verdünnt Hühnereiweiss mit der $1^1/_2$—2fachen Menge Wassers, fällt mit fünfpercentiger Quecksilberchloridlösung und löst den Niederschlag in achtzehn- bis zwanzigpercentiger Kochsalzlösung.

Mit der so bereiteten Flüssigkeit hat v. Bamberger letzten Winter eine Reihe von Injectionsversuchen gemacht. Der Verf. bespricht eingehend das Verfahren, das er anwandte, um zu wissen, wie viel Quecksilber der Flüssigkeit zugesetzt wurde und ob alles Quecksilber als Quecksilber-Albuminat in der Flüssigkeit enthalten sei. Was das Zahlenverhältniss anbelangt, so nahm v. Bamberger 100 KCm. Eiweissflüssigkeit, 60 KCm. Sublimatlösung, 60 KCm. Chlornatriumlösung und 80 KCm. Wasser. Die Gesammtmenge war 300 KCm. Darin waren enthalten 3 Gramm Quecksilberchlorid, also auf jeden KCm. ein Centigramm. Die ersten Versuche waren nicht sehr günstig, indem an den Injectionsstellen gleichfalls Entzündungen auftraten, seit es aber gelungen, die Lösung von jeder Trübung rein zu erhalten, sind die Resultate sehr befriedigend. Es treten weder Entzündungen, noch die sonstigen üblen Nebenwirkungen des Queck-

silbers auf (Salivation nie). Syphilitische Exantheme schwanden schon nach zehn bis zwanzig Injectionen, dabei befanden sich die Patienten völlig wohl, nahmen an Körpergewicht zu. Das Quecksilber geht dabei rasch in den Harn über, wo es Ludwig mit seiner neuen, äusserst empfindlichen Methode schon nach zwei Injectionen (18 Mgr.) nachzuweisen vermochte. Das Präparat eignet sich auch zum innerlichen Gebrauch, da es durchaus keine üble Sensation im Munde erzeugt; ist freie Salzsäure im Magen vorhanden, so lasse man vorher Rohitscher oder ein ähnliches Mineralwasser trinken.

Hamburger schlägt (**15**) einige Modificationen des von Bamberger angegebenen Verfahrens bei der Darstellung des Quecksilber-Albuminats vor.

Die erste von Bamberger eingehend gewürdigte Schwierigkeit liegt in der Filtration der Eiweisslösung, die bei grösseren Mengen tagelang dauert, in welcher Zeit man Gefahr läuft, dass das Eiweiss zu faulen anfängt. Das mit Wasser verdünnte Eier-Eiweiss filtrirt desshalb langsam und nicht klar, weil es fällbares Eiweiss enthält. Wenn man dieses aus der Lösung entfernt hat, so erhält man eine schnell und klar filtrirende Flüssigkeit. Man kann das fällbare Eiweiss abscheiden durch Zusatz einer Säure, von der man nicht zu wenig nehmen darf, damit kein fällbares Eiweiss in Lösung bleibt, aber auch nicht zu viel, weil der Ueberschuss der Säure fällbares Eiweiss in Lösung erhält, wodurch dann der Zweck verfehlt wird. Um die zur Fällung gerade erforderliche Menge zu ermitteln, verfährt Huppert in folgender Weise: Von dem geschlagenen, mit dem anderthalbfachen Volumen Wasser verdünnten, durch ein Tuch colirten Eiweiss misst man ein Volumen ab, verdünnt auf das zehnfache und filtrirt möglichst schnell durch ein Faltenfilter.

Die Filtration geht wegen der starken Verdünnung ziemlich schnell von Statten, und wenn man ausserdem das Filter wechselt, erhält man in kurzer Zeit, ohne dass die Flüssigkeit durch Verdunstung eine wesentliche Concentrationsveränderung erlitten hätte, eine zu dem Versuche geeignete Menge Flüssigkeit. Das Filtrat ist noch trüb. Von demselben misst man sich nun gleiche Volumina (z. B. 10 KCm.) in Reagenzgläser ab und fügt zu diesen Proben um dieselbe Grösse (z. B. 0·1 KCm.) steigende Mengen einer stark verdünnten Säure (z. B. Salzsäure von 0·1% H. Cl.). Man findet

dann, dass bei einem gewissen Säurezusatz (z. B. 0·2 KCm.) die Flüssigkeit stärker trüb ist, als ohne Säurezusatz.

Die Trübung in den Proben nimmt mit Vermehrung der Säure allmälig zu, dann wieder ab, um endlich ganz zu verschwinden.

Eine der Proben zeigt die stärkste Trübung und setzt nach kurzem Stehen den reichlichsten flockigen Niederschlag ab, sie liegt in der Mitte zwischen der Probe, welche die erste Trübung zeigt und der, welche wieder klar geworden ist.

Hat man z. B. 0·2 KCm. gebraucht, um die erste Zunahme der Trübung hervorzurufen und 1·0 KCm. bis wieder Klärung zu Stande gekommen ist, so weist die mit 0·6 versetzte Probe die stärkste Fällung auf. Nun misst man die ursprüngliche (nicht zum zweiten Mal verdünnte) Eiweisslösung und setzt ihr auf je 10 Volumen, um zu grosse Verdünnung zu vermeiden, das durch Titriren gefundene Volumen (0·6) einer zehnmal so concentrirten (1% H. Cl.) Säure zu.

Die Flüssigkeit filtrirt, namentlich wenn man den flockigen Niederschlag zuletzt auf das Filter bringt, schnell und wasserklar. Zu dem Filtrat setzt man eine der in demselben enthaltenen Menge Säure äquivalente Menge kohlensaures Natron zu, wodurch die ursprüngliche alkalische Reaction wieder hergestellt wird. Eine zweite Schwierigkeit zeigt sich bei der Fällung des Eiweiss durch Sublimat. Da das Quecksilber-Albuminat, wie Bamberger es ausdrücklich hervorhebt, möglichst viel Sublimat, aber durchaus keinen Ueberschuss an Sublimat enthalten darf, so handelt es sich darum, der Grenze der Fällbarkeit des Albumins möglichst nahe zu kommen, ohne dieselbe zu überschreiten. Zu diesem Zwecke verwerthete Verf. das Verhalten des Quecksilber-Albuminats gegen kohlensaures Natron. Ein Tropfen des Quecksilber-Albuminats in eine Lösung von kohlensaurem Natron gebracht, bleibt weiss, so lange kein Ueberschuss von Sublimat da ist. Sobald das Sublimat im Ueberschuss da ist, wird ein Tropfen mit kohlensaurem Natron sogleich gelb, röthlich oder braun. Es bildet sich Quecksilberoxydhydrat oder ein basisches Quecksilbersalz. Es zeigt das Quecksilber-Albuminat ein ähnliches Verhalten, wie beim Titriren des Harnstoffes der durch salpetersaures Quecksilberoxyd gefällte Harnstoff.

Setzt man also in einem kleinen Becherglase zu einer Probe von 5 KCm. Eiweisslösung vorsichtig aus einer Burette eine Subli-

matlösung von bekanntem Gehalte zu, so kann man durch gleichzeitiges Controliren mit kohlensaurem Natron, das man in einem Uhrglas hat und in das man von Zeit zu Zeit mit einem Glasstab einen Tropfen der Probe bringt, mit dem Beginne der Verfärbung des Tropfens ganz genau den Zeitpunkt bestimmen, wann das Sublimat im Ueberschuss da ist. Zur Darstellung des Präparates geht man dann 0·2 unter den gefundenen Titre.

Die zur Lösung nöthige Menge von Chlornatrium bestimmte Verf. durch Titriren in der von Bamberger angegebenen Weise.

Durch weitere Versuche ist andererseits Bamberger (**16**) zu der Ueberzeugung gekommen, dass der Hauptübelstand bei der Bereitung des Quecksilber-Albuminats, nämlich die schwierige Filtration und die fast stets trübe Beschaffenheit des Eiweissfiltrats sich durch eine stärkere Verdünnung mit Wasser ganz leicht beseitigen lasse. Wenn man nicht, wie Verf. ursprünglich angab, das Eiweiss mit $1\frac{1}{2}$—2 Volum Wasser verdünnt, sondern auf ein Volum Eiweiss 3—4 Volumina Wasser nimmt, nun zuerst durch ein Tuch colirt, dann durch ein Faltenfilter filtrirt, so ist die Filtration in ganz kurzer Zeit beendet. Vertheilt man die Flüssigkeit auch nur auf zwei Faltenfilter, so lässt sich eine Menge von 250—300 KCm. in 3—4 Stunden ganz gut filtriren. Was aber noch wichtiger ist, das Filtrat ist nun auch vollkommen klar.

Eine Verdünnung mit der drei- bis vierfachen Wassermenge ist aber ganz gut zulässig, weil dabei noch immer jener Gehalt des Präparats an Quecksilber, den man, mit Rücksicht auf den praktischen Zweck, so ziemlich als den normalen bezeichnen kann, nämlich 1% oder 0·01 in 1 KCm. erreicht wird. Bei der Verdünnung mit 4 Vol. ist dies fast geradezu der Fall, bei 3 Vol. dagegen muss nachträglich noch fast genau 1 Vol. Wasser zugesetzt werden, um diesen Gehalt zu erreichen.

Ist das Eiweissfiltrat aber klar, so ist nach Zusatz der Sublimatlösung eine nachträgliche Trübung durchaus nicht mehr zu fürchten, vorausgesetzt, dass alles Eiweiss in Quecksilber-Albuminat umgewandelt wird. Aus diesem Grunde glaubt Verf., dass die von Hamburger nach Huppert vorgeschlagene Methode, vorher das sogenannte fällbare, d. i. durch Alkalien in Lösung erhaltene Eiweiss, als die Ursache der nachträglichen Trübung, durch entsprechenden

Säurezusatz zu fällen, nicht nöthig ist, da dadurch die Bereitung wesentlich complicirt wird und derselbe Zweck sich ganz leicht blos durch stärkere Verdünnung erreichen lässt.

Der zweite Hauptpunkt bei der Bereitung ist der, dass die Flüssigkeit so wenig als möglich, am besten gar kein freies Eiweiss enthalten soll. Ist solches vorhanden, so wird die Flüssigkeit, auch wenn sie anfangs vollkommen klar war, nach einiger Zeit anfangen, sich zu trüben und es bildet sich zuletzt ein feiner Niederschlag von Quecksilberchlorür. Ohne Zweifel sind es eigenthümliche, aber ihrer Natur nach ungekannte moleculäre Veränderungen des Albumins (eigentliche Fäulniss ist es nicht, wenigstens zeigt sich weder Geruch noch Gasentwicklung), die schliesslich reducirend auf das Quecksilberoxyd wirken.

Es handelt sich also darum, genau so viel Quecksilberchlorid zuzusetzen, dass alles Eiweiss gebunden wird, aber auch nicht mehr. Mit einiger Uebung und einem einigermassen scharfen Auge lässt sich dies allerdings durch eine vorläufige Probe mit einer kleinen Quantität mit ziemlich grosser Genauigkeit erreichen. Allein mit weit grösserer Schärfe ist diess möglich, wenn man, wie Hamburger vorschlägt, in derselben Weise wie bei der Liebig'schen Harnstofftitrirung das kohlensaure Natron als Test benützt, indem dadurch der kleinste Ueberschuss an Quecksilberchlorid mit grosser Sicherheit angezeigt wird.

Diese Modification hält der Verf. für äusserst zweckmässig. Man prüft also an einer kleinen Probe, der man tropfenweise die titrirte Sublimatlösung zusetzt, zeitweise mit $Na_2\ CO_3$, bis die Probe gelblich oder röthlich wird.

Hamburger räth nun, für die Gesammtmenge dann 0·2 KCm. weniger zuzusetzen, als sich nach der Rechnung ergeben würde. Verf. fand es noch zweckmässiger, zunächst genau so viel zuzusetzen, als die Probe ergab. Hat man z. B. für 5 KCm. der Eiweisslösung 2·5 KCm. der fünfpercentigen Sublimatlösung gebraucht, bis mit $Na_2\ CO_3$ die erste Spur von Gelbfärbung eintrat, so nimmt man für die gesammte Menge, die z. B. 100 KCm. beträgt, 50 KCm. Sublimatlösung. Man hat nun natürlich etwas Sublimat im Ueberschuss. Man titrirt nun wieder mit Eiweisslösung zurück, d. h. von derselben Eiweisslösung, die man verwendete und von der man einen kleinen Theil zurückstellte, setzt man nun wieder tropfenweise

so lange zu, bis ein herausgenommener Tropfen mit $Na_2 CO_3$ wieder rein weiss bleibt. Auf diese Weise lässt sich der neutrale Punkt haarscharf treffen.

Die Darstellung einer vollkommen klaren und haltbaren Quecksilber-Albuminatlösung hängt somit wesentlich von zwei Bedingungen ab:

1. Von der Bereitung einer vollkommen klaren Eiweisslösung.

2. Von der Vermeidung jedes Eiweissüberschusses in der Lösung.

Die letztere Bedingung ist durch die Anwendung der Sodaprobe ganz leicht zu erfüllen. Was die erstere betrifft, so gelingt sie mit vierfacher Verdünnung in der Mehrzahl der Fälle ganz leicht. Indess kommt es doch hie und da vor, dass die filtrirte Eiweisslösung nicht absolut wasserklar ist, sondern eine leichte Opalescenz zeigt. Diese leichte Trübung lässt sich indess entweder ganz vollständig oder wenigstens bis auf ein kaum erkennbares und ganz unschädliches Minimum entfernen, wenn man der Eiweisslösung einige Tropfen Glycerin zusetzt, unter wiederholtem starkem Schütteln zehn bis zwölf Stunden stehen lässt, sie dann auf ein angefeuchtetes Filter bringt und, wenn nöthig, wiederholt durch dasselbe Filter fliessen lässt, bis sie absolut oder fast absolut klar geworden ist. Nach dem Zusatz der Sublimat- und Kochsalzlösung lässt man die Flüssigkeit, auch wenn sie vollkommen klar geblieben ist, doch noch zwei Tage stehen, ehe man sie filtrirt und füllt sie in kleine Fläschchen, die man an einem kühlen Orte aufbewahrt.

17. Sperk. Statistische Verhältnisse in Bezug auf körperliche Zustände Prostituirter. (St. Petersb. med. Zeitschr. V. 1875. Sitzung d. Ges. vom 18. März.)

18. Drysdale. Ueber die Syphilis-Vererbung. (Med. Press and Circular 7, 14. 21. Juli und 4. August 1875.)

Sperk behauptet (**17**), dass Wuchs und Gewicht syphilitischer Weiber in jedem Alter geringer ist, als bei nicht syphilitischen. Dies soll die Folge einer Infection zwischen dem 16. und 20. Jahre sein, in welchem die Ausbildung des Organismus noch nicht vollständig beendigt ist.

Beobachtungen im Kalinkin-Spitale (für Prostituirte) haben gelehrt: 1. Die syphilitische Ansteckung findet bei den registrirten Prostituirten nur zwischen dem 15. und 25. Jahre statt, in der Classe der freien, geheimen Prostituirten bis zum 40. Jahre. 2. Die Bordell-Mädchen, welche unter der strengsten polizeilichen Aufsicht stehen, lieferten 52·3% Recidiven, die einzeln lebenden Prostituirten 40·3%, die freiwillig eintretenden nur 7·7%. Die Recidiven bestanden in allgemeinen Erscheinungen in nahezu 10% (der Bordell-Mädchen), welche innerhalb 164 bis 350 Tagen sich zeigten, die örtlichen Erscheinungen (Plaques muqueuses) recidivirten innerhalb 123 bis 387 Tagen.

Drysdale behauptet (**18**), dass die Kinder von nicht erkrankt gewesenen Frauen syphilitischer Männer gesund geboren werden, hält aber, indem er einen Brief von M. C. Swiney citirt, dafür, dass die Frauen in der Regel durch den Samen des Mannes vermittelst des erkrankten Eies ebenfalls inficirt werden. (Der vielbesprochene Choc en retour. Ref.)

Buchanzeigen.

I.

„Lectures on syphilitic Ostitis and Periostitis“ by John Hamilton, Surgeon in Dublin, 1874.

Wir geben die obige, in Deutschland bisher wenig bekannte Arbeit Hamilton's wegen ihrer praktischen Bedeutung im Auszuge wieder:

Die Syphilis afficirt das Periost und die Knochen entweder als frühes oder spätes Symptom.

Sie kömmt in drei Formen vor: als Periostitis, als harter Knoten (bony node — knöcherne Schwellung), als weicher Knoten (soft node).

I. Periostitis. Wahrscheinlich nimmt der Knochen immer Theil an derselben. Da wo Röthe und Eiter sich findet, geht die Krankheit vom Knochen aus und endet in Caries oder Nekrose.

Der Rheumatismus unterscheidet sich von der syphilitischen Periostitis durch seinen herumziehenden Charakter.

II. Der harte Knoten (bony node) ist ein Tumor eines Theils der Oberfläche oder der Substanz des Knochens, meist nicht sehr hervorragend, mit diffusem Rande. Er ist sehr empfindlich, namentlich Nachts. Obschon die Oberfläche des Knotens weich erscheint, so entdeckt eine sorgfältige Untersuchung immer mehr weniger kleine Unebenheiten oder Eindrücke. Selten besteht die Elfenbeinstructur der idiopathischen Exostose, von der der syphilitische Knoten sich durch seine diffuse, breite Basis unterscheidet.

Die frühe Erkennung des harten Knotens sichert die vollständige Heilung.

Der harte Knoten kommt gerne an den oberflächlich gelegenen Knochenpartien vor. Hierher gehört die Clavicula, besonders das

Acromial-Ende, die Spina scapulae, Tibia, Sternum, Rippen, Schädelknochen, die Rückenfläche der Metatarsalknochen. Die mehr durch Fleisch bedeckten Knochenpartien sind seltener afficirt und die Affection der letzteren ist oft schwer zu diagnosticiren. Osteitis und Periostitis der Wirbel ist oft sehr ähnlich der Spinalirritation und der Neuralgie, so dass nur ein Zusammenfassen verschiedener Zeichen Aufschluss gibt, namentlich beim Sitze in den Wirbeln, in der Höhe des Pharynx. Affection des Trochanter major, des Femur kann leicht mit Ischias verwechselt werden. In einem dieser Fälle brachte Jodkalium und Sublimat in kleinen Dosen Erleichterung; aber es kam ein Rückfall. Eine Incision bis auf den Knochen, der ein verdicktes, indurirtes Periost durchtrennte, brachte vollständige Heilung vom Schmerz. Verfasser bespricht ferner die ernste Affection der Halswirbel, die wegen Behinderung der Thätigkeit der Musc. constrictores pharyngis grosse Erschwerung des Schluckens mit Erstickungsanfällen verursacht. Die Ausgangsöffnungen der Nerven werden dabei oft verengt mit der Folge paralytischer Erscheinungen. Zuweilen bilden sich Pharynxabscesse.

Was ferner die Affection der Schädelknochen in Folge von Osteitis mit ihren Einwirkungen auf das Gehirn betrifft, hebt der Verf. namentlich als Effect des Druckes des verdickten Knochens auf das Gehirn „die Epilepsie“ hervor. Die „knöcherne Schwellung“ kömmt in der ersten secundären Periode vor, häufiger aber als spätere Manifestation der Syphilis. Epilepsie fand sich nie in den frühen Stadien der Syphilis.

Im folgenden Capitel bespricht H. die Osteitis in der Orbita. Um die Diagnose richtig zu stellen, namentlich vor Verwechslung mit Neuralgie zu schützen, muss man mit dem Finger kühn unter der Augenbraue gegen das Orbitaldach drücken. In vorgeschritteneren Fällen deutet die Deviation des Bulbus die Diagnose an.

III. Der weiche Knoten. Er ist meist eine späte Form der syphilitischen Erkrankung des Knochens und des Periosts. Er zeigt sich als weicher und fluctuirender Tumor des Kochens, im Beginne von der Farbe seiner Decke, die aber später roth wird. Er erscheint in der That wie ein Abscess über dem Knochen. Der Inhalt ist in frühem Stadium dünnes, gelbdurchsichtiges Serum oder gelbröthlich, theilweise käsig, selten rein eiterig. Von allen Knochen sind das Cranium und das Sternum am meisten vom weichen Knoten befallen.

Er kömmt allein und zu mehreren vor, ist von der Grösse einer Haselnuss bis zu der eines gewöhnlichen Apfels. Er ist das Product der syphilitischen Entzündung des Knochens und Periosts bei strumösen und gebrechlichen Constitutionen.

Der erwähnte Erguss, welcher sich zwischen Periost und Knochen einstellt, macht letzteren in der Ausdehnung des abgehobenen Periosts absterben. Oeffnet sich der Knoten, so sondert sich der exponirte nekrotische Knochentheil nach langer Zeit ab. Heilt der Knoten, ohne sich zu öffnen, durch Resorption seines Ergusses, so kann die Schicht nekrotischen Stückes durch die resorptionsbefördernde Kraft der granulirenden Periostoberfläche beseitigt werden, die sich dann mit dem lebendigen Knochen vereinigt. Hiedurch wird eine Depression an der Oberfläche des Knochens sich einstellen.

Der sich bei günstiger Begrenzung abstossende todte Knochen lässt eine granulirende Oberfläche zurück, welche mit Bildung einer eingesunkenen, weissen, fibrösen Narbe vernarbt.

Das todte Stück der äusseren Tafel des Schädels ist oft nach seiner Abtrennung nur durch den Druck der Atmosphäre an seiner Stelle gehalten, oder durch die Adhäsion der Granulationen der Oberfläche der inneren Tafel. In solchen Fällen ist man, namentlich wenn das todte Stück beweglich ist, versucht, dasselbe zu entfernen. Hier muss aber mit grosser Vorsicht operirt werden, denn die innere Tafel ist entweder zerstört oder aber sehr dünn und schwach, so dass leicht das Gehirn verletzt werden kann.

In einzelnen Fällen erreichte Verfasser durch tägliche vorsichtige Anwendung starker Salpetersäure solche todte, trockene Knochenstücke und entfernte sie so gänzlich. In einem Falle von Nekrosis des Sternums, wo man durch ein Loch desselben in einer Höhle, deren rechte Seite vom Pericardium gebildet war, den nekrotischen Knochen mit dem Finger fühlte, entfernte Verfasser durch allmäliges Verkleinern des Knochens mittels scharfer Kneipzange denselben schliesslich glücklich. In einigen Wochen war das Loch geheilt.

In einem anderen Falle befand sich der todte Knochen in einer Höhle am unteren Ende der Tibia, welche mit dem Fussgelenke communicirte. Ausserdem bestand Affection der Kniegelenke, Sarcocele syphilitica, Ulcera des Pharynx. Während diese Erscheinungen unter allgemeiner Behandlung sich besserten, entzündete sich

unter grossen Schmerzen und Fieber das untere Ende der Tibia mit Schwellung des Fussgelenkes, es bildeten sich viele Oeffnungen, durch die man auf den kranken Knochen kam. Verfasser wartete bis die Heftigkeit des Fiebers sich vermindert hatte, und als er losen Knochen fühlte, machte er eine freie Incision bis auf denselben, dessen grosse Masse er entfernte. Es entstand Ankylose des Fusses mit gutem Gebrauche desselben.

Da wo grosse Partien des Craniums afficirt, namentlich wo beide Tafeln nekrosirt sind, sieht man nach Entfernung des Nekrotischen die Dura mater und die Pulsation des Gehirns. In solchen Fällen kann der Ausgang fatal sein, entweder durch das Sinken der Constitution in Folge der localen Affection oder durch directe Einwirkung auf das Gehirn, zu Epilepsie oder Coma führend.

Das sind die Hauptformen und Bedingungen, unter welchen der weiche Knoten angetroffen wird. Abgemagert, schwach, heruntergebracht durch schlaflose Nächte, durch Schweiss und Diarrhoe, durch Hektik in ihrer schlimmsten Form, fötide Absonderung, wird der Kranke sich und den Anderen zu Last und Leid. Kommen dazu noch Schmerzen in anderen Knochenpartien vor, Ulcera der verschiedensten Theile, so ist das Elend in seiner elendesten Gestalt da.

IV. Der gelbe Tuberkel — von den alten Autoren Gumma genannt, ist eine vierte Form der Erkrankung des Periosts und Knochens in Folge von Syphilis. Er ist eine ihrer späten Formen. Er findet sich in den verschiedenen Geweben und Organen des Körpers, sehr häufig gepaart mit anderen ulcerösen Formen. Verfasser glaubt, dass, wenn der gelbe Tuberkel den Knochen afficirt, er zuerst im Periost beginnt und secundär die Oberfläche der Knochen afficirt. Nachdem der Tumor die Grösse einer Olive und darüber erreicht hat, beginnt er bald sich zu röthen, die Haut zu verdünnen und zu ulceriren, eine gelbe, zerfetzte Substanz, den erweichten Tuberkel aufschliessend. Die Absonderung ist gering und dürftig, mit Fetzen des Tuberkels vermischt.

Geht die Krankheit weiter, so verschwärt immer mehr von den Bedeckungen, ein Theil der gelben Masse des Tuberkels stösst sich ab, die Oberfläche des Knochens ist abgestorben, des Periosts beraubt, wie beim Cranium, oder hat eine mehr weniger tiefgehende Höhlung, wie bei den Knochen der Extremitäten.

Obzwar der ganze Anblick der Krankheit recht erschreckend ist, so gestaltet sie sich doch viel weniger ernst, als sie scheint.

Wenn die Affection früh erkannt wird, wenn der Tuberkel des Periosts noch blass oder nur leicht entfärbt ist, so ist sie sicherlich durch Jodkalium in Sarsaparilldecoct und durch locale Application der starken Jodtinctur zu heilen.

Wenn der Tuberkel ulcerirt ist und seine gelbe Substanz blossliegt, so ist möglichst frühe Entfernung des Tuberkels das Beste. Er verhält sich wie ein fremder Körper, der fortwährend reizt. Zuweilen ist er so weich und locker, dass ein sanfter Zug mit der Zange genügt; in anderen Fällen ist es das Beste, zur Beschleunigung der Entfernung eine Incision mitten durch den Tumor zu machen; da, wo grosse Schmerzen sind, oder ein benachbartes Gelenk in Gefahr ist, muss dies nothwendiger Weise geschehen.

Verfasser gibt in dieser Beziehung mehrere lehrreiche Beispiele.

Es gibt noch einen anderen Weg, auf welchem Periost und Knochen bei Syphilis afficirt werden können. Bei schlechten Constitutionen werden die secundären Affectionen der Haut gern ulcerös; diese Geschwüre werden oft tief, und wenn sie auf der Kopfschwarte sitzen, so fressen sie sich tiefer durch die Weichtheile und das Periost bis auf den Knochen. Hier kann je nach der Form und Ausdehnung entweder die Oberfläche des Knochens cariös verschwinden, oder aber auch ein ringförmiger Substanzverlust stattfinden.

Hier sichert die frühzeitige Mercurbehandlung vor solcher Zerstörung.

Krankheiten der Kiefer- und Nasenknochen.

Von den Kieferknochen erkrankt der Oberkiefer am meisten. Ein Theil des Alveolus wird nekrotisch, der entsprechende Zahn lose, das Zahnfleisch geschwollen, roth und schwammig, geschwürig bis auf den Knochen, mit Absonderung stinkenden Eiters. Das Beste in solchem Falle ist, den losen Zahn zu entfernen und sowie der nekrotische Knochen sich abgegrenzt hat, denselben mit einer starken Zange zu fassen und zu entfernen. Etwaige zurückgebliebene Lücken füllt der Zahnarzt aus.

Diese Nekrosis ist meist unabhängig von einer örtlichen Einwirkung des Mercurs, sondern die Folge eines späteren Symptomes der Syphilis bei scrophulöser Constitution.

Wenn der todte Knochen erreicht werden kann, so ist es empfehlenswerth, noch vor der Abgrenzung des Processes mit einer schneidenden Zange ein gut Theil zu entfernen.

Die meist entstellende syphilitische Affection des Knochensystems ist die Caries und Nekrosis der knöchernen Structur der Nase.

Sie beginnt mit dumpfem Schmerze in der Nase, dem Gefühl des Verstopftseins, der Neigung, oft zu schneuzen, wobei eine Kruste und ein oder zwei Tropfen Blut abgehen. Die Nase wird roth und geschwollen, eine beständige, übelriechende Absonderung fliesst aus den Nasenöffnungen oder in den Pharynx.

Als Folge der die Knochen und das Septum zerstörenden Caries wird die Nase platt oder sinkt ein, Stücke der todten Knochen kommen nach Verursachung grossen Reizes und Unbequemlichkeit nach aussen. Oft versucht die Natur die Ausstossung zu begünstigen, indem sich eine oder mehrere Oeffnungen im harten Gaumen bilden, durch eine an dem Eingange der Nase beginnende Ulceration sich einleitend, die bis zum Os palati vordringt.

Ist das Loch des harten Gaumens gross genug, so lassen sich oft hiedurch die Nasenknochen entfernen. Das Loch kann durch den Zahnarzt geschlossen werden.

Verschiedene Beispiele illustriren die Symptome und die Behandlung. Letztere besteht in der beschleunigten Entfernung der nekrotischen Knochen, wenn sie lose sind, oder wenn letzteres nicht der Fall, darin, dass man soviel man kann abtrennt. Injection schwacher Carbollösung vermindert den Fötor. Die allgemeine Behandlung ist die der Syphilis später Formen bei schlechter Constitution: Jodkali, Acid. nitricum mit Sarsaparilldecoct, gute Diät und wenn möglich Seeluft. Verfasser gibt ein Beispiel, wobei die spätere künstliche Rhinoplastik gut gelang.

Behandlung der syphilitischen Ostitis und Periostitis.

Wenn die Krankheit in Form von Knoten (Schwellung, nodes) unter den frühen secundären Symptomen auftritt, so ist das beste

Mittel Mercur bis zur vollen Salivation; darauf soll es in milderer Form während drei Monaten angewandt werden.

Was den Mercur als Ursache zur Hervorbringung der Knochenaffectionen betrifft, so könnte ebensowohl der Leberthran als Veranlassung des Todes bei Phthisis angesehen werden. Denn welcher Phthisiker hätte nicht Leberthran genommen? Verfasser fand in einem Falle als Klage des Patienten über den Mercur, dass er ihn zu fett mache. In vielen Fällen wirkt er gut, wo Jodkalium im Stich lässt. Ueberhaupt lässt man sich in Anwendung des Mercurs durch Thatsachen, nicht durch theoretische Argumente leiten.

Neben der allgemeinen Behandlung thun die Blasenpflaster grosse Dienste. In einzelnen Fällen, wo der Schmerz des Knochens in seiner Hartnäckigkeit nicht weichen wollte, hatte Verfasser Erfolg durch einen Einschnitt durch das verdickte Periost bis auf den Knochen. Er räth, die gemachte Wunde langsam, durch Granulationsbildung heilen zu lassen.

Bei dem weichen Knoten wird namentlich bei schlechten Constitutionen gute Luft und Diät, Jodkalium und Jodtinctur äusserlich Heilung bringen.

Man zögere sehr, den weichen Knoten zu öffnen. Selbst da, wo die Fluctuation so täuschend, die Haut so dünn ist, dass man glaubt, sie öffne sich sofort, erreicht man noch Resorption der vom Knochen ausgehenden Schwellung. Resorption muss deshalb angestrebt werden, weil, wenn der blossgelegte Knochen der Luft ausgesetzt wird, Nekrosis erfolgt mit allen dazu gehörigen Unannehmlichkeiten. Da, wo man wegen zu grosser Schmerzen dennoch öffnet, oder die Oeffnung von selbst sich bildet, muss man meist abwarten, bis der nekrotische Knochen sich abgelöst hat. Wenn der weiche Knoten sich von selbst mit kleiner Oeffnung mit unterminirten Rändern öffnet, so ist es als allgemeine Regel das Beste, die Oeffnung von einem Ende bis zum anderen zu erweitern. Warme Breiumschläge und später Fettsalbe auf den Knochen befördern die Granulation. Gute Luft und Diät unterstützen die Abstossung des Knochens. Fortgebrauch des Jodkalium während drei Monaten schützt vor Rückfällen.

Sobald das abgestorbene Knochenstück lose ist, soll es entfernt werden; ebenso ist es nöthig, durch eine Incision die erweichte gelbe, gummöse Masse über dem Knochen zu entfernen.

In den unangenehmen Fällen von Nekrosis der Nasenknochen müssen wir aufmerksam den Moment ihres Losewerdens abwarten und wo sie mit der Zange gefasst werden können, sie extrahiren. Auch soll man nicht zögern, den unteren Theil des zerstörten Septums zu trennen, wenn hiedurch die Extraction erleichtert wird. Der durchtrennte Theil des Septums wächst schnell wieder an.

Auch bei Nekrosis des Kiefers gilt als Regel die frühe Entfernung des Nekrotischen.

Noch in anderen Fällen ist ein operativer Eingriff nothwendig. Zuweilen bildet sich bei syphilitischer Osteitis mitten im Knochen Eiter; obzwar sich dieser mit der Zeit seinen Weg nach aussen bahnt, so geschieht dies doch nur nach grossen Leiden. Mit der Abkürzung des Processes dadurch, dass wir dem Eiter durch Einschnitt bis auf den Knochen und Anbohrung der Eiterhöhle einen Ausweg verschaffen, schaffen wir gleichzeitig grosse Linderung.

Hat der Eiter sich durch den Knochen durchgearbeitet und bildet so einen oberflächlichen Abscess, so wird dessen Eröffnung Linderung bringen. Zuweilen muss mehr geschehen. Wo letztere ausbleibt, kann dies abhängig sein davon, dass die Oeffnung des Knochenabscesses zu klein ist. Hier muss die Knochenöffnung entsprechend dem Lumen des Abscesses erweitert werden. In einem entsprechenden Falle wurde durch einen Kreuzschnitt der Knochen rund um die Oeffnung blossgelegt, welche dann mit dem Meissel verbreitert wurde. Es folgte vollständige und bleibende Erleichterung.

Verfasser kömmt zum Schluss:

Die syphilitische Osteitis und Periostitis sind der Behandlung sehr zugängig; selbst in den verzweifelten Fällen kann durch einen operativen Eingriff Erleichterung da noch gebracht werden, wo man nicht heilen kann.

Dr. Schuster in Aachen.

II.

Lectures on Dermatology. Delivered in the Royal College of Surgeons of England in 1874—75. By Prof. Erasmus Wilson. London 1875, bei Churchill.

Von der Serie von Vorlesungen über Hautkrankheiten, welche der Nestor der englischen Dermatologen, Erasmus Wilson, seit

mehreren Jahren publicirt, ist der dritte Band erschienen. (12 Vorlesungen.) Ihnen liegen zum grossen Theil die prachtvollen Wachspräparate und Gypsgüsse des dermatologischen Museums zu Grunde, welche Wilson auf eigene Kosten nach Modellen des Hôp. St. Louis und nach eigenen Fällen von Baretta in Paris anfertigen liess und nebst Zeichnungen, Photographien u. s. w. dem College zum Geschenke machte. Der Catalog dieses Museums, welchen Wilson in zweiter Auflage 1875 erscheinen liess, ist in seiner Art ein höchst werthvolles Werk, das den Werth der Sammlung, deren Aufstellung im Hunter'schen Museum eine bewundernswerthe ist, erst recht beleuchtet.

Die Vorlesungen geben die bekannten, in vielen Stücken höchst originellen, bisweilen auch isolirten Anschauungen Wilson's mit grosser Klarheit wieder. Sie sind — wenn erst die letzte Serie erschienen sein wird — als die zusammenfassende Arbeit eines dem Dienste der Wissenschaft ehrlich und erfolgreich geweihten Lebens und als der Extract einer grossartigen Erfahrung mit Ehrfurcht zu betrachten. Auspitz.

III.

Handbuch der Vaccination von Dr. Heinrich Bohn, a. o. Prof. an d. Albertina zu Königsberg. Leipzig bei F. C. W. Vogel, 1875.

Das vorliegende Buch stellt sich die Aufgabe, die Kenntnisse und Erfahrungen unserer und der vorhergegangenen Generation über Vaccine zu einem Gesammtbilde zu vereinigen. Diese Aufgabe ist undankbar und dankbar zugleich. Undankbar bei dem Wuste von Impfschriften, welche seit Jahren die Dünggrube für allen Unrath bilden, der sich aus dem sonderbaren Stoffwechsel der sogenannten „Naturärzte“ und ähnlicher verdorbener Genies aus allen Ständen, besonders aber aus den „höheren“, die sich bekanntlich im Pfuschen und mit Pfuschern am wohlsten fühlen, niedergeschlagen hat. Dankbar, weil viel ehrliches Arbeiten und Streben in der Impffrage steckt, dessen Resultate zu erhalten, zu combiniren, zu fördern und praktisch zu verwerthen sich sicherlich lohnt. In der That hat Bohn's Buch in dieser Richtung sehr viele Verdienste, es ist klar und präcis, dabei ziemlich vollständig; es ist ohne Vor-

einnahme geschrieben und weiss den wissenschaftlichen Ton stets würdig festzuhalten. Die Schlüsse des Verf. dürften den heutigen Anschauungen der meisten gebildeten Aerzte, welche über Impfsachen nachgedacht haben, entsprechen und so als ein Ausdruck der aufgeklärten wissenschaftlichen Meinung anzusehen sein.

Auspitz.

IV.

Wunderlich: Ueber luetische Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks. Sammlung klinischer Vorträge von Richard Volkmann. Nr. 93, 1875.

Wunderlich in Leipzig, der hochverdiente Kliniker, hat uns jüngst mit einer kleinen Arbeit über Gehirnlues beschenkt, welche den Versuch macht, dem widerstrebenden Capitel von klinischer, auf eine offenbare reiche Erfahrung gestützter Seite einige Errungenschaften abzutrotzen. Wir wollen in Kürze einige Hauptsteine herausheben, welche der Verf. zum Aufbau eines Symptomencomplexes der Hirnsyphilis verwendet, ohne uns zu verhehlen, dass das Gebäude nur als Nothbau angesehen werden darf.

Obenan stellt Verf. den Satz: „Eine pathognomonische oder für die syphilitische Natur entscheidende Einzelerscheinung im Bereiche des Nervensystems gibt es nicht". Doch könne nach einigen Beziehungen zuweilen schon das Einzelnsymptom Verdacht erregen. So sei es verdächtig, wenn gewisse, zumal schwere Erscheinungen von Seiten des Nervensystems bei Menschen eintreten, bei denen sich nichts auffinden lässt, was sie veranlassen konnte. Sodann gebe es eine Anzahl von Zufällen, die besonders häufig durch Syphilis bedingt werden; der äussere Habitus sei eigenthümlich, Gesichtszüge schlaff, Blick vag doch starr, Haltung schlaff, vorgeneigt, besonders beim Gehen, ganz schlotternd. In der Regel fatuoser Zustand bis zum vollendeten Blödsinn, seltener maniakalische Ausbrüche. Gedächtniss, Besinnlichkeit, Gedankenfluss vermindert. Lachen und Weinen wie bei Hysterischen, Pusillanimität, Launenhaftigkeit, Eigensinn, Zornmüthigkeit.

Häufig Schwindelanwandlungen, Ohnmachten, apoplektiforme Anfälle mit oder ohne Hemiplegie, meist mit Sopor oder Coma, selbst mit kataleptischen Beimischungen und zuweilen einer Art fatuitas attonita. Blindheit ist häufig, aber in der Regel transitorisch,

ohne objective ophthalmoskopische Veränderung. Seltener Taubheit. Neuralgien, oft entschieden peripher entstehend, sind häufig. Natürlich auch centrale, mehreren Nervenstämmen zugleich entsprechende neuralgische Symptome. Sprachstörungen sind besonders häufig, weniger vollendete Aphasie, als Formen amnestischer Paraphasie, mindestens aber Sprachlangsamkeit (Bradyphasie).

Krampfformen jeder Art, tonisch und klonisch; die epileptiformen Zufälle meist heftiger und anhaltender als bei gewöhnlicher Fallsucht. Eigenthümlich sind die partiellen Contracturen, die häufig vorkommen, besonders am Biceps und Rectus ext. Mannigfaltig ferner die motorischen Lähmungserscheinungen, besonders häufig Paralysen an den Kopfnerven. Lähmungen beschränkter Muskelgruppen, aber auch völlige Hemiplegie und Paraplegie. Unwillkürlicher Urin- und Stuhlabgang, Erlöschen (bisweilen aber auch heftige Steigerung) des Geschlechtstriebes.

Eine höchst bemerkenswerthe Eigenthümlichkeit luetischer Nervensymptome, welche Heubner hervorgehoben hat, gibt auch W. an, nämlich das Fragmentarische derselben, das Halbe, Unvollständige der schweren Erscheinungen, die doch wieder hie und da die höchste Intensität und Dauer erreichen.

Verf. führt hierauf Beispiele von Combinationen verschiedener Symptomengruppen an, die nach dem Verf. der Syphilis eigenthümlich sein sollen: einseitige Ptosis des Augenlids mit Manie oder Stupor, Ptosis der einen Seite und Abducenslähmung der anderen, gekreuzte Oculomotorius- und Facialislähmung, allgemeine Schwäche und Schlaffheit mit geringfügigen hemiplegischen Symptomen, Aphasie mit linksseitiger oder wechselnder Hemiplegie, Zuckungen neben Lähmung, verschiedene schwere Gehirnzufälle mit choreatischen Bewegungen.

Was endlich den Verlauf der Krankheit betrifft, zeigt die Hirnlues nach dem Verf. verschiedene Verlaufstypen, innerhalb welcher sie jedoch gewisse eigenartige Regeln einhält. Dahin gehört das Auftreten abrupter, schnell verschwindender, wenig berücksichtigter Zufälle im Prodromalstadium, dann das in der Regel plötzliche, schlagartige Auftreten schwerer Symptome oder wenigstens deren rascher Climax. In der Mehrzahl der Fälle treten dann gewisse, mit andern Gehirnerkrankungen discordante Verhältnisse ein. So das Verschwinden gewisser Zufälle, z. B. halbseitiger Lähmungen, der

Aphasie u. s. w. ohne allgemeine Besserung, anderseits das alternative Eintreten schwerer Erscheinungen an anderen Stellen. Bisweilen acuter Verlauf bis zu raschem Tode, ein anderes Mal ein Stabilwerden eines gewissen Status quo, dann wieder stossweise Paroxysmen. Bei Spinallues sind mehr gleichmässig verlaufende Formen die Regel. Eine energische Therapie ist bisweilen im Stande, die heftigsten Symptome abzuschneiden. Ueberhaupt ist die Quecksilber-, Jod-, und Schwefelthermen (Aachen)-Therapie von verhältnissmässig gutem Erfolge bei Gehirnlues, doch keineswegs zu überschätzen; bestenfalls bleibt ein Vestigium indelebile der überstandenen Gehirnkrankheit dem Organismus aufgedrückt.

Auspitz.

Bibliographie des Jahres 1875.

IV. Verzeichniss.

(Fortsetzung von Jahrg. 1875 pag. 411 u. 575 und Jahrg. 1876 pag. 147.)

Dermatologie und Vaccine.

Baader, A., Acute Verblutung bei Scharlach. Schweiz. Correspondenz-Blatt V. 21.

Beck, J. Theophilus, Fall von Tinea tonsurans. Lancet II. 16; Oct.

Begin, E., Ueber Herpetismus. Gaz. de Par. 44. p. 550.

Bell, Joseph, Lepra anaesthetica des linken Armes; Amputation im Schultergelenk; Heilung. Lancet II. 12; Sept. p. 420.

Bernhardt, M., und D. Schwabach, Fälle von Sclerodermie. Berl. klin. Wochenschr. XII. 47.

Blümlein, Ueber eine Pockenepidemie in Oedt. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. N. F. XXIII. 2 p. 320. Oct.

Bohn, Heinrich, Handbuch der Vaccination. Leipzig. F. C. W. Vogel. gr. 8. XII u. 332 S. 7 Mk.

Bulkley, L. Duncan, Ueber die Beziehungen des Harns zu Hautkrankheiten. Arch. of Dermatol. II. 1. p. 1. Oct.

Calvy, Ueber Anwendung des Collodium gegen Erisypel, Zona und Anthrax. L'Union III.

Clouston, T. S., Eigenthümliche vorübergehende Manie nach Gesichtserisypel. Journ. of mental Sc. XXI p. 425. Oct.

Cordier, Ueber Katarrh des Mittelohres bei Masern. Gaz. des Hôp. 125.

Davies, E. Knox, Puerperalfieber durch Contagion von Erisypel bedingt. Brit. med. Journ. Sept. 18, p. 362.

Donati, Pietro, Fälle von Onychia maligna, geheilt mit salpetersaurem Blei. Ann. univers. Vol. 233. p. 121. Luglio—Agosto.

Ebertz, Ueber die Möglichkeit der Erzeugung von Krankheiten durch Schutzpockenimpfung. Vjrschr. f. gerichtl. Med. N. F. XXXIII. 2. p. 308. Oct.

Eddison, John Edwin, Ueber Behandlung des Scharlachfiebers mittels äusserlicher Anwendung des kalten Wassers. Lancet II. 12. Sept.

Finkh, Ueber Glycerin-Impflymphe. Würtemb. Corr.-Bl. XLV. 26.

Fox, Tilbury, Simulation von Erythema gangraenosum. Lancet II. 18. Oct.

Gemmell, Samson, Ueber eine Varicellen-Epidemie. Glasgow med. Journ. N. S. VII. 4. p. 442. Oct.

Germann, H. F., Historisch-kritische Studien über den jetzigen Stand der Impffrage. Leipzig. Hermann Fries. 8. 3 Bände: XII. u. 192, XVI u. 309, XIV u. 489 S.

Godon, Frederik William, Fälle von Sykose. Arch. of Dermatol. II. 1. p. 37. Oct.

Goodhart, James F., Ueber Krebs mit Bezug auf Ichthyose der Zunge und verwandte, von andauernder localer Reizung herrührende Krankheiten. Guy's Hosp. Ber. 3, S. XX, p. 405.

Guibout, E., Ueber Ekzem. Gaz. des Hôp. 111. 112. 126. 129. 131.

Halberg, Uebertragung von Herpes tonsurans von Thieren auf Menschen. Berl. klin. Wochenschr. XII. 39.

Hutchinson, Jonathan, Ueber die Anwendung des Arsenik bei Pemphigus. Med. Times and Gaz. Oct. 23, Nov. 6. 20.

Hutchinson, Jonathan, Ueber Varicella-Prurigo. Brit. med. Journ. Nov. 20.

Jones, C. Handfield, Fälle von Psoriasis. St. George's Hosp. Rep. VII. p. 67.

Kaposi, Moriz, Ueber Zoster. (K. k. Ges. d. Aerzte.) Wien. med. Presse XVI. 46. p. 1080.

Königer, Ueber eine Epidemie von Masern und Scharlach. Berl. klin. Wochenschr. XII. 45.

Kuessner, B., Eigenthümliche Concretionen in der Niere bei Scarlatina. — Nephritis. Deutsch. Arch. f. klin. Med. XVI. 2 p. 253.

Lailler, Ueber Tinea. Gaz. des Hôp. 108. 115. 117.

Lewis, G. R. A., Verbreitung der Pocken durch Papierlumpen. Gesundheit I. 4.

Liégey, Ueber gangränöse skorbutische Dermatose an den Händen. Journ. de Brux. LXI. p. 26. 113. Juillet, Août.

Loeb, M., Ueber die Incubationsdauer des Scharlach. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. IX. 2. p. 174.

Lombroso, Cesare, Ueber Behandlung des Chloasma und des Ekzem mittels äusserlicher Anwendung des Oeles von verdorbenem Mais. Riv. clin. 2. S. V. 10 e 11. p. 328.

Longworth, L. R., Ueber den üblen Geruch bei Bromidrose der Füsse. The Clinic IX. 18. Oct.

Lukomsky, Wladimir, Ueber Molluscum contagiosum. Virchow's Arch. LXV. 2. p. 145.

Manson, Patrick, Ueber „Lymph-Scrotum" (Elephantiasis scroti) und verwandte Krankheiten. Med. Times and Gaz. Nov. 13. 20.

Mettenheimer, C., Zur Entstehungsgeschichte der weichselzopfartigen Bildungen. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. IX. 2. p. 149.

Milroy, Gavin, Ueber die Contagiosität der Leprose und der Phthisis. Med. Times and Gaz. Nov. 27.

Morbieu, Recidivirendes Erisypel. L'Union 111.

Morrison-Fiset, G. O., Ueber die Behandlung und Krankenwartung im Pockenhospital und im Charity-Hospital zu New-York. Philad. med. and surg. Reporter XXXIII. 15. p. 283. Oct.

Müller, Aug., Vollständiges Verschwinden von Impfstichen bei Auftreten von Masern und normaler Verlauf der Vaccine nach Ablauf des Exanthems. L'Union 108.

Neumann, Isidor, Allgemeine Diagnostik der Hautkrankheiten. Wien. med. Presse XVI. 48.

Profeta, Giuseppe, Ueber die Lepra in Sicilien. Lo Sperimentale XXXVI. 9. p. 294.

Purjesz jun., Ueber Pemphigus acutus. Pester med.-chir. Presse XI. 45. p. 716.

Ranse, F. de, Insectenstich in den Oesophagus, Allgemeinerscheinungen, confluirende Urticaria. Gaz. de Paris 38.

Sattler, H., Ueber das Wesen des Herpes zoster ophthalmicus. Wien. med. Presse XVI, 45. p. 1044 (Ges. d. Aerzte).

Seaton, E. C., Ueber die Pocken in England in ihrer Beziehung zur Impfung und zum Impfgesetz. Public Health III. 36. Sept., 37. 38. Oct.

Sparks, Edward J., Fall von allgemeiner exfoliativer Dermatitis (Pityriasis rubra) mit Fieber und allgemeiner Schwäche. Brit. med. Journ. Nov. 6.

Spörer, Ueber Behandlung des Erisypels mit verschiedenen antiseptischen Mitteln. Petersb. med. Ztschr. N. F. V. 3. p. 273. Vgl. a. p. 261. 271.

Stroganow, N., Ueber eine Complication von Elephantiasis arabum mit Krebs und über die Entwickelungsdauer des letzteren. Virchow's Arch. LXV. 1. p. 47.

Tauszky, Rudolph, Ueber Hautkrankheiten. The Clinic IX. 11. Sept.

Thin, George; Zur Pathologie des Lupus erythematosus. Med.-chir. Transact. LVIII. p. 59.

Thiry, Serpiginöse Geschwüre der behaarten Kopfhaut; Geschwüre am harten Gaumen, an den Lippen und am Kinn, für Syphilis gehalten; Chloroanämie. Presse méd. XXVII. p. 50.

Thompson, Beverhout, Fall von Herpes gestationis. Arch. of Dermat. II. 1 pag. 36. Oct.

Torday, Franz, Ueber das Impferisypel. Pester med.-chir. Presse XI. 35.

Tripe, John W., Ueber die Beziehung des Alters zur Tödtlichkeit der Eruptionsfieber. Brit. med. Journ. Oct. 23.

Vacher, Ueber die Pockenepidemie in den Jahren 1870 und 1871. Gaz. de Par. 38.

Van Bibber, Hauteruption nach Nervenverletzung. Chicago Journ. of nervous and mental Disease II. 3. p. 382. July.

Wehner, Andreas, Ueber Varicellen und ihr Verhältniss zu Variola. Inaug.-Diss. Würzburg. 8. 24. S. mit 1 Tab.

Wendel, Franz, Die Hyperämie als Grund sowohl der pathologisch-anatomischen Veränderung, als Aetiologie der Psoriasis. Inaug.-Diss. Jena. 8. 28 S.

Wertheimer Max, Vom Scharlach. Aerztliche Mittheilungen aus Baden XXIX. 19.

Wilson, Edward T., Ueber Vaccination. St. George's Hosp. Rep. VII. p. 1.

Syphilis.

Balfour, George W., Ueber heftige Trigeminusneuralgie als Symptom von syphilitischer Erkrankung des Gehirns. Edinb. med. Journ. XXI. p. 289 [Nr. 244]. Oct.

Barop, H., Ueber Psychosen in Folge chronischen Trippers. Inaug.-Diss. Breslau 8. 22. S.

Boeck, W., Erfahrungen über Syphilis. Stuttgart. Enke. 8. VII u. 282 S. 8. Mk. 80 Pf.

Bulkley, L. Duncan, Ueber tuberkulöses Syphilid. Arch. f. Dermatol. II. 1. p. 39. Oct.

Caspary, J., Ueber syphilitische Reinfection. Deutsche med. Wochenschr. 7.

Caspary, J., Ueber die Contagiosität der hereditären Syphilis. Berl. klin. Wochenschr. XII. 41.

Forster, J. Cooper, a) Congenitale Syphilis. b) Gumma an den Rippen. c) Syphilis; Tuberkeleruption an Gesicht und Gliedern. d) Syphilitische Laryngitis; Tracheotomie. Guy's Hosp. Rep. 3 S. XX. p. 3. 4. 5.

Fournier, Alfred, Ueber Epilepsie bei tertiärer Syphilis. L'Union 126. 131. 134.

Fournier, Alfred, Ueber Phthisis syphilitica. Gaz. hebd. 2. S. XII. 48.

Gascoyen, George Green, Fälle von syphilitischer Reinfection. Med.-chir. Transact. LVIII. p. 7.

Gosselin, Perforation des Gaumengewölbes bei Syphilis; Schwierigkeit beim Essen. Gaz. des Hôp. 109.

Huguenin, Ueber Hirnsyphilis. Schweiz. Corr.-Bl. V. 18., vgl. a. 20. p. 588.

Hutchinson, Jonathan, Ueber weichen Schanker und dessen Beziehung zu Syphilis. Lancet II. 12. 13. Sept.

Knapp, H., Neurotenitis, bedingt durch eine Gummageschwulst der Dura mater. Arch. f. Augen- u. Ohrenheilk. IV. 2, p. 205.

Lee, Henry, Ueber Syphilis und einige locale Affectionen der Zeugungsorgane. Brit. med. Journ. Sept. 25.

Lowndes, Fred. W., Ueber Prostitution und Syphilis in Liverpool. Med. Times and Gaz. Nov. 20.

Macdonald, A., Ueber Placentarsyphilis. Obstetr. Journ. III, p. 472, No. 31. Oct. (Brit. med. Assoc.)

Martineau, L., Acute hypertrophische Cirrhose bei einer syphilitischen Frau. L'Union 108.

Maunoir, Laryngitis syphilitica; Tracheotomie; purulente Infection; Tod. Bull. de la Soc. anatom. 3. S. X. 2. p. 269. Mars —Avril.

Mauriac, Ueber die Seltenheit des einfachen Schankers. Gaz. des Hôp. 111. 112. 118. 127. 132. 134. 138.

Maymou, A., Ueber blennorrhagische Tendosynovitis. Arch. gén. 6. S. XXVI. p. 555. Nov.

Moret, J., Ueber syphilitische Erscheinungen bei Schwangern und Wöchnerinnen. Gaz. d. Hôp. 113.

Moutard-Martin, R., Interstitielle und gummöse Lebersyphilis; fluctuirende Geschwülste an den Gliedern; Erisypel. Bull. de la Soc. anatom. 3. S. X. 2. p. 284. Mars—Avril.

Nettleship, Edward, Schanker im Nasenloch mit folgender constitutioneller Syphilis. Brit. med. Journ. Sept. 18. p. 363.

Popper, Joseph, Behandlung syphilitischer Bubonen mit Jodinjectionen. Pester med.-chir. Presse XI. 45.

Prince, J. Perrot, Ueber Behandlung der Gonorrhöe mittels Einspritzungen mit nach auswärts gerichtetem Strome. Med. Times and Gaz. Oct. 23.

Purves, W. Laidlaw, Taubheit bei hereditärer Syphilis. Guy's Hosp. Rep. 3. S. XX, p. 564.

Rabott, F., Contribution à l'étude des lésions syphilitiques des artères cérébrales. Paris. A. Delahaye. 8. 1½ Frcs. — Vgl. Gaz. des Hôp. 115.

Rollett, Emil, Ueber Lungensyphilis. Wien. med. Presse. XVI. 47.

Sperk, Ed., Statistik der Syphilis unter der weiblichen Bevölkerung in Petersburg. Ann. d'Hyg. 2. S. XLIV. p. 292. Oct.

Strambio, Gaetano, Anwendung des Tayuga gegen Syphilis und Scrophulose. Gazz. Lomb. 7, S. 11, 44.

Taylor, R. W., Ueber syphilitischen Schanker der Brust; Arch. of. Dermatol. II. 1. p. 31. Oct.

Vajda, Beiträge zur Anatomie der syphilitischen Papeln der Geschlechtstheile. Wien. med. Jahrb. III. p. 309.

Vogel, Martin, Zum Mechanismus der Tripperinfection. Chir. Centr.-Bl. II. 42.

Wunderlich, C., Ueber luetische Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks. (Sammlung klinischer Vorträge, herausgegeben von *Richard Volkmann*. Nr. 93, Innere Med. Nr. 32.) Leipzig. Breitkopf u. Härtel. gr. 8. 22 S. 75 Pf.

Zannini, Vincenzo, Fall von Glossitis gummosa. Riv. clin. 2. S. V. 8. p. 238.



Schuster. Zur Behandl. syphilit. Knochenaffect.

Lith. v. Dr. J. Heitzmann.

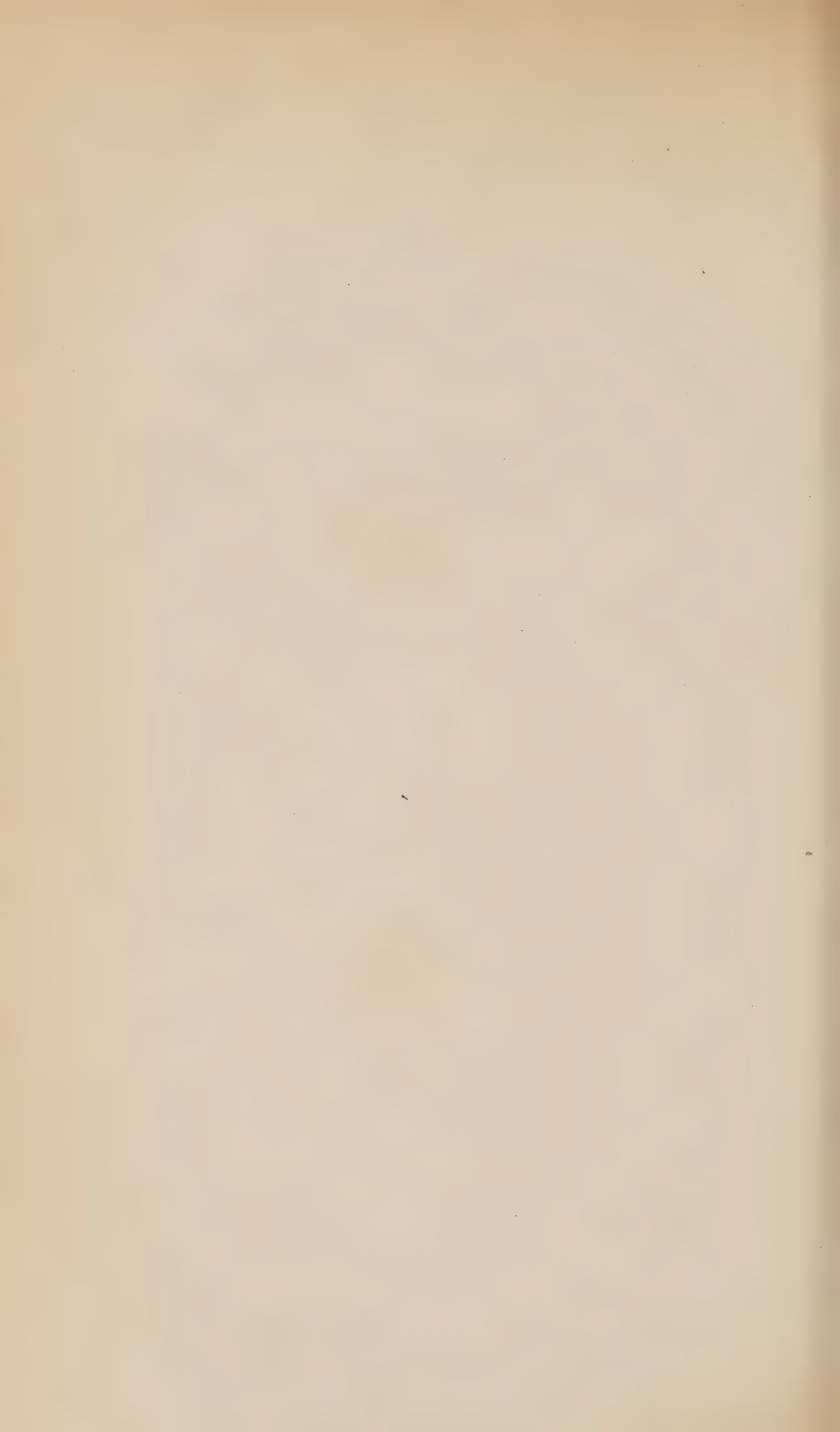
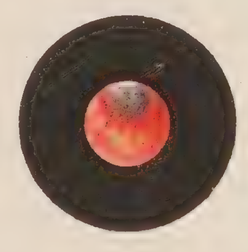
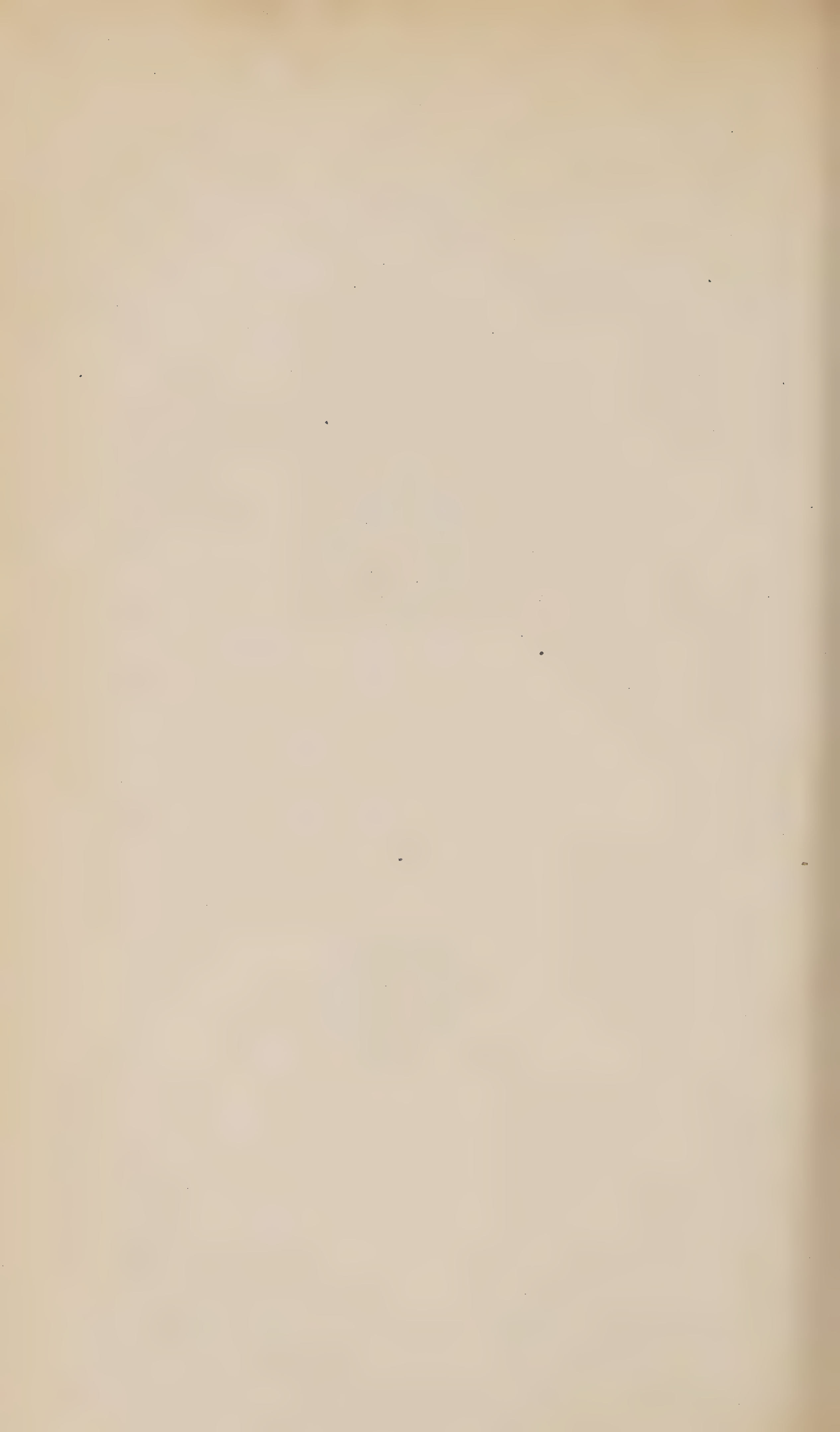


Fig. I.

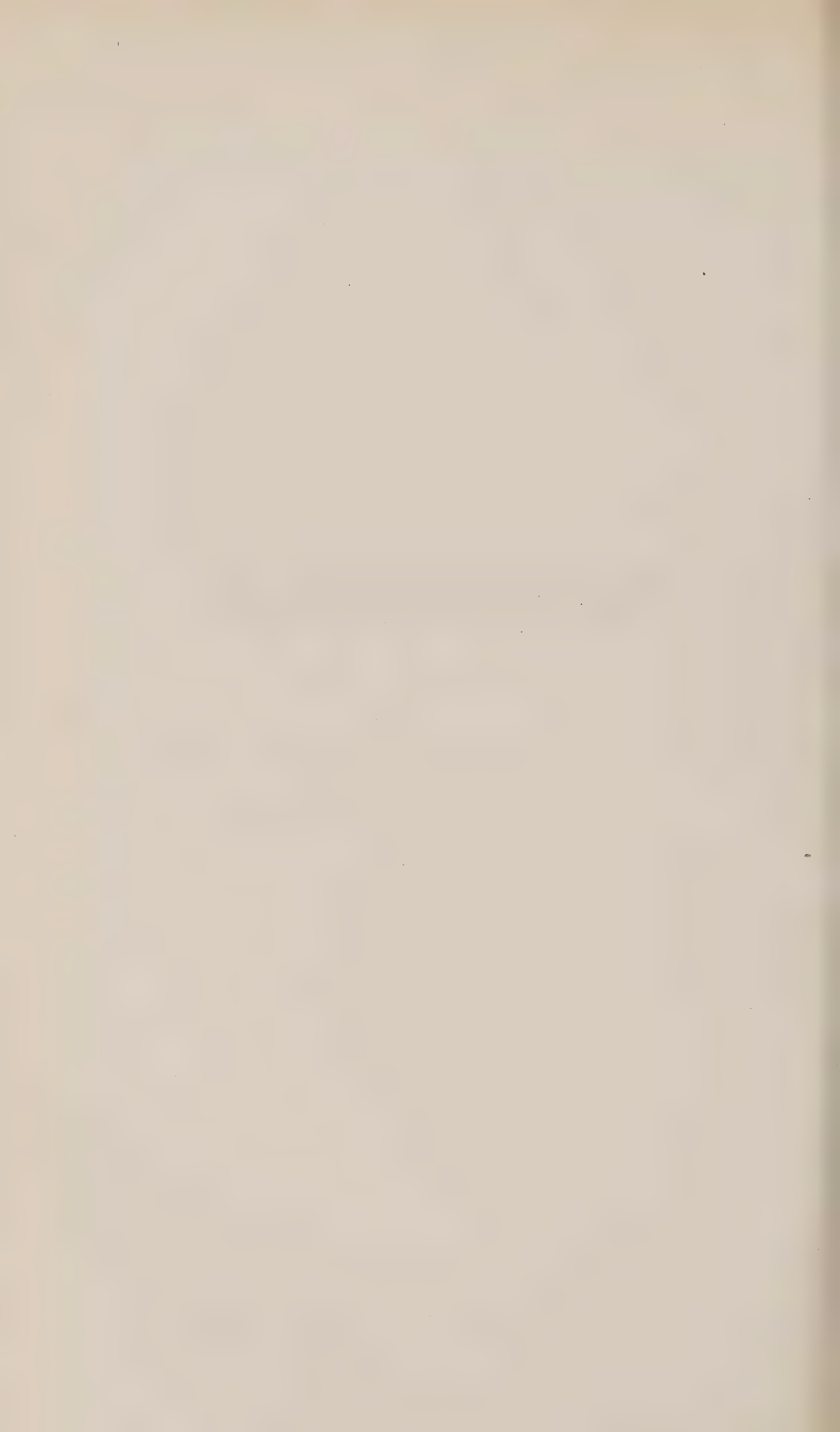


Fig. II.





Originalabhandlungen.



Beiträge zur Aetiologie der Psoriasis vulgaris.

Von
Dr. Edgar Wutzdorff
in Berlin.

Bezüglich der ätiologischen Momente der Psoriasis vulgaris herrschten zu verschiedenen Zeiten bis in unsere Tage hinein die sonderbarsten und zum Theile oberflächlichsten Ansichten. Auch zu dieser Dermatose wie zu vielen anderen Krankheiten sollten Schreck, Freude, Angst und ähnliche Gemüthsaffecte[1]), Erkältung[2]). Ausbleiben eines gewohnten Härmorrhoidalflusses[3]), Trinken kalter Flüssigkeiten bei erhitztem Körper[4]), Unregelmässigkeit der Secretion und Excretion[5]), sanguinisch-melancholisches Temperament[6]) die Veranlassung gegeben haben, wenn man auch über das „Wie"? sich nicht im geringsten Rechenschaft ablegen konnte. Angeschul-

---

[1]) Bateman (Praktische Darstellung der Hautkrankheiten. Uebersetzt von Calmann. 2. Aufl. 1841. pag. 56). Rayer (Maladies de la peau. III. édit. 1836. pag. 256). Biett (Abrégé pratique des Maladies de la peau. Herausgeg. v. Cazenave und Schedel. 1. Aufl. pag. 296). Boeck und Danielssen (S. Schmidt. Jahrbücher. Band 95, pag. 270).

[2]) Willan (Hautkrankheiten. Uebersetzt v. Friese. 1816. pag. 96). Falconer (S. Bateman. Hautkrankheiten. Uebersetzt v. Hanemann 1815. pag. 77).

[3]) Alibert (Monographie der Dermatosen. Herausgeg. v. Bloest. 1837. pag. 39). v. Veiel (Spec. Bericht über die Resultate der Heilanstalt für Flechtenkranke in den Jahren 1855—1861. Canstatt).

[4]) Falconer (S. Bateman. Hautkrankheiten u. s. w. 1815. pag. 77).

[5]) Bateman (Prakt. Darst. u. s. w. pag. 55).

[6]) Willan (Hautkrankheiten. Uebers. v. Friese. 1816. pag. 128). Bateman (Hautkrankheiten. Uebers. von Hanemann. pag. 77). Rayer Darstellung d. Hautkrankheiten. Herausgeg. v. Stannius 1838. II. Band, pag. 370). Rochard (Traité des Maladies de la peau. 1863. pag. 203).

digt wurden auch sowohl acute als chronische Hautkrankheiten[1]), die der Psoriasis vorangegangen waren, Einfluss auf ihr Entstehen ausgeübt zu haben; man huldigte auch hier dem „post hoc, ergo propter hoc“ in grossartigem Massstabe. Allein, welcher stichhältige Grund liegt denn vor, die Psoriasis in ein Abhängigkeitsverhältniss zu den verschiedensten anderen Dermatosen zu setzen, die dasselbe Individuum im Laufe seines Lebens zufällig getroffen haben, da weder die pathologisch-anatomischen noch die klinischen Forschungen die Bestätigung einer solchen Annahme bisher aufzufinden vermochten? So sind denn heutzutage wohl alle, wenigstens die unbefangenen Forscher auf dem Gebiet der Hautkrankheiten von dieser Erklärung abgekommen, ebenso wie sie auch die Erkrankungen anderer Organe als ursächliches Moment für das Zustandekommen einer Psoriasis[2]) nicht mehr heranziehen. Wenn auch bei Störungen in den verschiedensten Organen Störungen mancherlei Art in der Haut eintreten können, wenn auch beobachtet ist, dass bei Diabetes, Leukämie, und zwar meist in ihren letzten Stadien, Furunkel sich einfinden, dass bei Abnormitäten in der Function der weiblichen Sexualsphäre eine Akne rosacea und Urticaria z. B. entsteht, so hat doch für die Psoriasis etwas Aehnliches bisher noch nicht bewiesen werden können. Auch eine Dyskrasie[3]), jener Deus ex machina der Humoralpathologie, der seinen Jüngern wie in anderen Fällen so auch hier bereitwilligst über alle Schwierigkeiten der Forschung hinweghalf, zählt heute nur noch höchst vereinzelte Anhänger; die Dyscrasia psorica hat man jetzt wohl ganz in das Reich der Fabeln zurückgewiesen. Zwar wurde von manchen Seiten[4]) die Arthritis, Rachitis, der Rheumatismus, die Chlorose, Tuberculose, der Krebs und die

---

[1]) Rayer (Maladies de la peau. II. édit. 1836. pag. 264).

[2]) Biett (Abrégé pratique des Maladies de la peau. Herausgeg. v. Cazenave und Schedel. 2. Aufl. pag. 324). Alibert (Monographie d. Dermatosen, deutsch v. Bloest. 1837. pag. 39).

[3]) Willan (Hautkrankheiten. Uebers. v. Friese. 1816. pag. 129). Plumbe (Hautkrankheiten. Weimar. 1828. pag. 233).

[4]) Bateman (Praktische Darstellung etc. Uebersetzt v. Hanemann. 1815. pag. 77). Alibert (Monographie d. Dermatosen. Herausgeg. v. Bloest. 1837. pag. 38). Danielssen u. Boeck (S. Schmidt. Jahrbücher. Band 95, pag. 270 u. ff.) V. Veiel (Spec. Bericht über die Resultate etc. in den Jahren 1855—61). Wilson Lectures on Dermatology. 1871).

Scrofulose an ihre Stelle gesetzt, welche letztere überhaupt dazu verurtheilt zu sein schien, immer dort die Hand im Spiele zu haben, wo es etwas Flechtenartiges auf der Haut gab; allein mit wenig Glück. Hebra[1]) hat das Verdienst, durch seine grosse Erfahrung und vorurtheilsfreie Beobachtung diese wie auch die oben angeführten Behauptungen widerlegt zu haben. Er führt im Gegentheil an, dass es meist schöne kräftige Individuen mit straffer Muskulatur und wohlgenährter Haut sind, die von Psoriasis befallen werden[2]); er hebt hervor, dass unter allen seinen an Psoriasis erkrankten Patienten, deren Anzahl weit über 2000 gestiegen ist, sich nur ein einziges rachitisches Individuum befunden habe, das früher an Hämoptoë gelitten hatte[3]). Ebenso zeigte er, dass Syphilis nie Ursache der Psoriasis vulgaris sei. Hat man dennoch hie und da vereinzelt an dieser Annahme festgehalten, behauptet Wilson also, dass die in einer Familie auftretende Psoriasis als Folge einer vorangegangenen Infection der Voreltern mit Lues aufzufassen sei, so geschieht dies wohl mit Unrecht. Dass in der That die Psoriasis vulgaris mit Syphilis nichts gemein hat, lehrt gar nicht so selten die praktische Erfahrung. Wie oft hat man nicht Gelegenheit zu sehen, dass ein seit Jahren an Psoriasis Erkrankter sich plötzlich mit Lues inficirt und den ganz normalen Verlauf dieser Krankheit durchmacht, mitunter auch von der sogenannten Psoriasis syphilitica befallen wird, welche nach Einleitung einer antisyphilitischen Therapie schwindet, während die eigentliche Psoriasis allein übrig bleibt. Und wieder andererseits beobachtet man, dass die Psoriasis vulg. auf Arsenikgebrauch weicht, der keinen Einfluss auf den Verlauf der Psoriasis specifica ausübt. Wäre nun die Psoriasis vulgaris das Produkt einer Lues, so wären sowohl eine solche Infection als auch derartige therapeutische Resultate nicht denkbar. Entstände andererseits die Psoriasis auf hereditär-syphilitischem Boden, so würden die in dieser Weise erkrankten Individuen nicht jenes

[1]) Siehe auch Tilbury Fox (Skin diseases. III. edit. Lond. 1873. pag. 263).

[2]) Ebenso Green (Compendium der Hautkrankheiten. 1836. pag. 254). Devergie (Traité des Maladies de la peau. 1854. pag. 496).

[3]) Hebra (Lehrbuch der Hautkrankheiten. 2. Auflage. 1. Band, pag. 350).

blühend kräftige, sondern ein kachektisches Aussehen haben, wie es bei Kindern von mit Lues behafteten Eltern fast ausnahmslos anzutreffen ist. Finden sich nun heute, trotzdem dass die Wilson'sche Ansicht sich schon seit längerer Zeit als irrthümlich herausgestellt hat, doch noch Einige, die an einen Zusammenhang zwischen Psoriasis vulgaris und Syphilis glauben, so ist daran am meisten wohl das Bestreben schuld, aus der äusseren Aehnlichkeit der durch Syphilis bedingten und der nicht specifischen Efflorescenzen einen gemeinschaftlichen Namen für beide herzuleiten, im speciellen Falle also dem squamösen Syphilid den Namen Psoriasis specifica beizulegen, ein Bestreben, welches man am besten thäte ganz aufzugeben.

War man nun davon abgekommen, sich die Psoriasis dem Boden einer Dyskrasie entsprossen zu denken, so fing man an die Lebensweise der Psoriatiker zu beobachten, und wie man z. B. Urticaria nach dem Genuss von Erdbeeren, Austern u. s. w. auftreten und Akne rosacea bei solchen Individuen entstehen sah, welche dem Bachus öfters Libationen darzubringen liebten, glaubte man eine Zeit lang, dass eine unrichtige Lebensweise wie zu diesen Erkrankungen der Haut so auch zur Psoriasis geführt habe. Man nannte unter den zur Psoriasis führenden Schädlichkeiten unzureichende Nahrung, Genuss gewisser Speisen und Getränke, namentlich den Genuss alkoholischer Flüssigkeiten.[1]) Allein es konnten keine diese Annahme bestätigenden Momente aufgedeckt werden. Kinder und zarte Damen, denen nie ein Tropfen jener Alcoholica über die Lippen gekommen war, arme Leute, denen Austern u. s. w. nur aus Erzählungen bekannt waren, erkrankten ebenso gut an Psoriasis wie Gourmands, die sich keineswegs über unzureichende Nahrung zu beklagen hatten; und allmälig schwand auch diese Ansicht über das Entstehen der Psoriasis aus den Köpfen und den Büchern der Aerzte.

---

[1]) Alibert (Monographie etc. v. Bloest. pag. 40). Biett (Abrégé pratique etc. von Cazenave-Schedel. 1. Aufl. pag. 296 und 314). Willan (Hautkrankheiten, deutsch v. Friese. 1816. pag. 129). Willis, Bateman (Praktische Darstellung etc. v. Hanemann. 1815. pag. 64). Rayer (Darstellung der Hautkrankheiten. Herausgeg. v. Stannius, 1838. 2. Bd. pag. 345). Plumbe (Hautkrankheiten. 1828. pag. 233). Rochard (Traité des Maladies de la peau. 1863. pag. 204). Danielssen und Boeck (S. Schmidt. Jahrbuch. Bd. 95. pag. 270 u. ff.) Castelnau (S. Schmidt. Jahrbuch. Bd. 45, pag. 296).

Hebra, der wie überhaupt auf dem ganzen Gebiet der Dermatologie, so auch auf dem beschränkten Felde der Psoriasis das Unkraut von dem Weizen gesichtet hat, zeigte ferner auch das Unzutreffende einer anderen Meinung, die einst ebenfalls sehr populär war und grosse Aehnlichkeit mit einer früher über das Entstehen der Krätze verbreiteten Anschauung hatte. Nach seinem Vorgange wird die Unreinlichkeit, ferner Hautreize[1]), hervorgebracht durch chemisch sowie mechanisch wirkende, namentlich staubförmige und metallische Substanzen, Hautreize also, denen gewisse Zünfte wie die der Schuhmacher, Bäcker, Wäscherinnen, Kupferschmiede, Silberarbeiter, Zinngiesser, Klempner, Färber und Gewürzkrämer ausgesetzt sind, nicht mehr als Quelle der Psoriasis betrachtet. Bei gesunden, nicht zu Psoriasis neigenden Individuen haben die angeführten Reize nicht den geglaubten Erfolg; es kann zwar auf diese Weise ein Ekzem, eine Akne, wie sie bei Fabriksarbeitern, die ihre Maschinen mit einem durch Theerbestandtheile verunreinigten Oel einfetten, beobachtet wird u. s. w., aber nie eine Psoriasis entstehen.

Ist vorhin die Unmöglichkeit der in der Humoralpathologie fussenden Annahme, wornach der Psoriasis eine Dyskrasie zu Grunde liegen solle, nachgewiesen worden, so sind es andererseits auch nicht die Nerven[2]) die durch ihr Verhalten zu den in Rede stehenden Hauterkrankungen Anlass geben. Es liegt fern, die Existenz trophischer Nerven und den Einfluss fortläugnen zu wollen, den eine Störung in der Function derselben auf die Vorgänge in der Haut haben könnte. Als eclatantestes Beispiel für denselben gilt bekanntlich der Zoster[3]) und die Lepra[4]). Wahrscheinlich gehören auch hieher die Alopecie, das Prodromalexanthem der

---

[1]) Willan (Hautkrankheiten etc. von Friese. pag. 96). Bateman (Praktische Darstellung etc. v. Hanemann. pag. 65). Biett (Abrégé pratique etc. v. Cazenave-Schedel. 1. Aufl. pag. 296). Rochard (Traité etc. 1863. pag. 204). Fuchs (Die krankhaften Veränderungen der Haut. Göttingen, 1840. 1. Bd. pag. 133). Boeck und Danielssen (S. Schmidt. Jahrbuch. Bd. 95. pag. 270 u. ff.)

[2]) Tilbury Fox (Skin diseases. III. edit. London 1873. pag. 264).

[3]) Baerensprung. (Die Gürtelkrankheit etc.).

[4]) Bergmann (Die Lepra in Livland. St. Petersburg 1870).

Variola und ein Theil der Naevi[1]). Allein bei der Psoriasis fehlt für die Annahme einer ähnlichen Störung jeglicher anatomischer Boden. Nie hat eine Section irgend einen Anhaltspunkt für dieselbe gegeben, nie befolgt die Anordnung der Efflorescenzen in der That die Nervenbahnen. Die Symmetrie der Psoriasisflecke. wie man sie öfter an den Extremitäten beobachtet, ist nicht abhängig von einem Nerveneinfluss; hier wirken nur gleiche Reize ein und machen gleiche Erscheinungen. Will man daher den Boden der Wirklichkeit nicht ganz verlieren, und nicht vollständig der Phantasie leben, so darf man solche durch Nichts begründete, ganz vage Behauptungen nicht machen.

Wertheim[2]) setzte bei Gelegenheit eines von ihm in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 7. November 1862 über Psoriasis gehaltenen Vortrages auseinander, dass man aus der symmetrischen Vertheilung der Efflorescenzen, der Gleichmässigkeit ihrer Verbreitung im Allgemeinen auf der Körperoberfläche und aus dem Auftreten des Recidivs an früher intact gebliebenen Stellen in der Psoriasis eine Allgemeinkrankheit, den Ausdruck eines Leidens der Gesammtconstitution erblicken müsse. Dieses Allgemeinleiden scheint nach seiner Auffassung in einer Ernährungs- und Circulationsstörung zu liegen, letztere könne man besonders gut in den Blutgefässen des Papillarkörpers der Haut beobachten; dieselben wären so sehr im Querdurchmesser vergrössert und zeigten einen solchen Grad von Schlängelung, dass der Papillarkörper dadurch gedehnt würde und einen grösseren Umfang annehme. Durch diese Blutüberfüllung und Dehnung der Papillen käme nun die Psoriasisplaque zu Stande. Dass gerade die Streckseiten befallen werden, liegt nach Werthheim's Ansicht in einer weniger vollständigen Ausbildung der Papillen und Capillaren, als dies an den Beugeseiten der Fall ist. Hier sollen die Papillen entwickelter und das Capillarsystem ein so reichliches sein, dass die Circulationsstörung sich leichter durch collaterale Bahnen ausgleichen könne. Dieser Ansicht widersprechen jedoch viele Thatsachen. Die symmetrische Vertheilung der Efflorescenzen

---

[1]) Näheres s. O. Simon, Localisation der Hautkrankheiten. Berlin 1873. pag. 85 u. ff.

[2]) S. Wochenblatt der Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. 18. Jahrgang, pag. 373.

am Knie und Ellbogen beruht auf der Einwirkung gleicher Reize, wie wir noch genauer unten auseinandersetzen werden. Dass gerade eine gleichmässige Vertheilung der Psoriasisplaques auf der ganzen Körperoberfläche stattfindet, davon wird man sich selbst bei dem besten Willen nur in den seltensten Fällen überzeugen können. Ob die Recidiven nur an früher intacten Stellen auftreten oder nicht, darüber kann ich aus eigener Beobachtung nichts Bestimmtes aussagen; auch geben die Autoren in diesem Punkte keinen Fingerzeig. Dass aber aus diesen Gründen der Schluss auf ein Gesammtleiden des Organismus statthaft sei, scheint durch klinische Gründe nicht unterstützt zu werden. Die an Psoriasis leidenden Individuen zeigen durchaus keine Symptome der von Werthheim behaupteten Ernährungsstörung; es sind, wie oben schon ausgeführt wurde, zum grössten Theile kräftige gesunde Leute; dass die Psoriasis an und für sich sogar zum Tode geführt habe, darüber findet sich in der ganzen Literatur, soweit mir bekannt, kein einziger Fall. Die von Werthheim als Folge einer Circulationsstörung aufgefasste Erweiterung und Schlängelung der Papillargefässe wird von anderen Autoren als Theilerscheinung der stattfindenden Entzündung gedeutet und vielleicht mit mehr Recht. Denn neben ihr bemerkt man eine Proliferation von Bindegewebszellen, wie sie an einem Theil, der durch eine Circulationshemmung weniger Ernährungsmaterial zugeführt erhält, wohl noch nie constatirt ist. Von einer passiven Dehnung der Papillen durch die Gefässerweiterungen ist bei der Betrachtung mikroskopischer Querschnitte von Psoriasishaut Nichts zu beobachten, wohl aber eine active Vergrösserung der Papille durch numerische Zunahme ihrer Elementarbestandtheile. Diese Ansicht von Wertheim scheint in der That wenig geeignet zu sein, Licht in die Entstehung der Psoriasis hineinzubringen, wie sie auch bisher von keinem anderen Autor angenommen ist.

Wenn bei der Psoriasis vulgaris auch nie weder thierische noch pflanzliche Parasiten gefunden worden sind, so hat es doch Zeiten gegeben, in denen man mindestens zweifelhaft war, ob dieselbe nicht dennoch eine ansteckende Krankheit sei, wenn man nicht letztere Frage sogar bejahend beantwortete. (Mercurialis, Sennertus, Hofmann). Anlass dazu mag eine Verwechslung mit Ps. specifica oder mit dem unter dem Namen Psoriasis

acuta beschriebenen Herpes tonsurans des ganzen Körpers gegeben haben [1]). Allein die Ps. vulgaris ist keine ansteckende Krankheit, mag auch manche Anamnese nach so verlockend zu einer gegentheiligen Annahme sein [2]). Nie ist ein Fall beobachtet worden, in welchem ein Arzt in Folge der Behandlung von Psoriatischen, ein Ehegatte von seiner psoriatischen Ehehälfte, ein Kind von der es säugenden Amme Psoriasis acquirirt hat. Auch die Impfung mit dem Blute Psoriatischer hat stets negative Resultate erzielt. Ich impfte mich selbst mit dem Blute eines in der Behandlung von O. Simon stehenden psoriatischen Mädchens am 25. März d. J.; allein bis zum heutigen Tage bin ich frei von Psoriasis geblieben. Dass diese Krankheit nicht miasmatischen Ursprunges ist, beweist der Umstand, dass sie, was aus der Literatur über Dermatologie aller Völker hervorgeht, überall vorkommt, dass sie eine pandemische Krankheit ist.

Was aber von grösserem Belange für die Aetiologie der Psoriasis ist, sind hereditäre Verhältnisse. Eine hereditäre Anlage ist in der That das einzig feststehende ätiologische Moment für

---

[1]) Hafner. Uebertragbarkeit der Psoriasis des Rindviehs auf Menschen. Würtemb. Corr.-Bl. 27. 1856.

[2]) Einen neueren Vertreter der Contagiosität von Psoriasis findet man in Herrn Franz Wendel, dessen Inaugural-Dissertation: „Die Hyperämie als Grund sowohl der pathologisch-anatomischen Veränderung als Aetiologie der Psoriasis. Jena 1875," ich noch in Kenntniss zu nehmen Gelegenheit hatte, während sich obige Arbeit schon im Druck befand. Der Verf. glaubt nämlich durch einen Fall, in welchem 3 Geschwister hinter einander an Psoriasis erkrankten, die Contagiosität derselben erhärten zu können. Sonst führt der Verf. in seiner Arbeit eigentlich nur die schon von Willan u. A. angedeuteten ätiologischen Momente, als Klima, Unreinlichkeit, plötzliche Veränderung der Temperatur, Alkoholgenuss, Ausbleiben vicarirender Blutungen, Trunk kalten Wassers noch weiter aus und zeigt, dass sie Hyperämie und unter dieser Voraussetzung Psoriasis bedingen können. Ueber das Verhältniss von Syphilis zu Psoriasis vulg. scheint Verf. gänzlich im Unklaren zu sein. Wie merkwürdig und überraschend ihm die Erblichkeit der Psoriasis ist, geht aus der breiten Ausführung zweier darauf bezüglicher Fälle hervor. Auch ist Verf. der Annahme eines Zusammenhanges der Psoriasis mit der Nervenvertheilung nicht abgeneigt. Wie wenig jedoch die Hyperämie allein an und für sich auf die Ernährung der Gewebe bestimmend zu wirken und eine Hyperplasie hervorzurufen im Stande ist, darüber s. Virchow, Cellularpathologie 4. Aufl. Berlin 1871. pag. 157, 158 u. A.

die in Rede stehende Hautaffection. Zwar wollen Einige[1]) auch die Existenz einer solchen in Abrede stellen. Allein in der Mehrzahl der Fälle gelingt es, sich durch den Augenschein selber oder doch durch die Aussagen der Patienten davon zu überzeugen, dass in der Familie derselben die Psoriasis einheimisch ist. Dass diese Heredität in den meisten Fällen constatirbar ist, geben viele der älteren und neueren Autoren an[2]). Auch mir ist es, wenn auch nicht in allen beobachteten Fällen, so doch in der Mehrzahl derselben geglückt, die Heredität nachzuweisen. Dass bisher immer noch ein Rest von Psoriasisfällen übrig geblieben ist, in welchen ein solcher Nachweis unmöglich gewesen ist, dürfte wohl nicht wunderbar sein. Wie wenige Familien existiren, in denen man von der socialen Stellung und den Lebensschicksalen der Vorfahren genau unterrichtet ist! Und ist selbst dies der Fall, so bleibt doch bei einer gewissen Anzahl auch dieser Familien die Frage oft unbeantwortet, an welcher Krankheit die einzelnen Mitglieder zu Grunde gegangen sind, an welchen Krankheiten dieselben im Lauf des Lebens zu leiden hatten. Sind freilich die Beschwerden gross gewesen, die solche Leiden den Betreffenden verursacht haben, so prägen sie sich wohl eher dem Gedächtniss ein. Dies trifft aber meist nicht bei der Psoriasis zu. Die Kranken können ihren Beschäftigungen ungestört nachgehen und ihren Gewohnheiten leben; die einzige Beschwerde bildet ein Juckreiz, der jedoch bei verschiedenen Personen verschieden stark auffällt. Dass von einer solchen Erkrankung der Voreltern die späteren Generationen mitunter wirklich Nichts wissen oder Nichts wissen wollen, weil die Hautkrankheiten im Publikum hie und da für Turpitudines gelten und ihr Bestehen sogar den Angehörigen, wie ein Patient in einem solchen Falle offen heraussagte, verheimlicht wird, ist wohl sehr erklärlich. Die Forschung hat hier also einen schweren Stand, wenn es gilt, für jeden Fall von Psoriasis direct zu beweisen, dass sie in Folge einer erblichen Anlage entstanden ist. Und doch gibt es Gründe, die darauf hin-

---

[1]) Fuchs. Die krankhaften Veränderungen der Haut. Göttingen, 1840. I. Bd. pag. 133.

[2]) Hoffmann, Willan, Bateman, Rayer, Biett, Plumbe, Green, Boeck und Danielssen, Tilbury Fox, Hebra, Neumann in ihren oben angeführten Werken.

weisen, dass letzteres der Fall ist, mit denen wir uns im Folgenden eingehender beschäftigen wollen. O. Simon weist in seinem 1873 erschienenen Werke über die Localisation der Hautkrankheiten ausdrücklich darauf hin; er sagt dort auf S. 62: „Es dürfte in Frage kommen und für eingehendere Nachforschungen geeignet erscheinen, ob nicht alle Fälle von Psoriasis auf Erblichkeit beruhen.“ Köbner nimmt zwar in seinem am 3. Mai 1872 in der Sitzung der medicinischen Section der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur gehaltenen Vortrage an, dass die Psoriasis, wenn auch meistens vererbt, doch auch zuweilen erworben werden könne. Zu den Fällen von erworbener Psoriasis rechnet er diejenigen, in denen die Erkrankung bei vorgeschrittenem Alter sich einstellt, ohne dass der Nachweis auch nur in einem einzigen Fall bisher geliefert werden konnte, wodurch sie hervorgebracht ist. Und in der That existirt keine Krankengeschichte in der ganzen Literatur, in welcher die Erwerbung der Psoriasis wirklich sicher und unumstösslich festgestellt ist. Hebra, der hierin wohl eine grosse Erfahrung besitzt, kennt ebenfalls kein auf die Erwerbung von Psoriasis bezügliches Moment. Wenn nun bisher ein solches nicht gefunden werden konnte, so folgt zwar daraus keineswegs, dass dasselbe überhaupt nicht existirt, aber die Annahme, dass es sich auch in diesen späten Fällen um eine angeborene Anlage handelt, darf wohl mit demselben Recht wie jene gemacht werden, zumal da alle Autoren und auch Köbner zugeben, dass diese Anlage lange Zeit latent bestehen könne, bis unter gewissen, die Haut treffenden Reizen von genügender Stärke die Eruption der Psoriasis erfolgt. Bevor wir zu der Auseinandersetzung der Gründe übergehen, die eine solche Annahme gerechtfertigt erscheinen lassen, wollen wir noch die Frage beantworten, was man unter einer Anlage der Haut für Psoriasis zu verstehen habe. Dass dabei an keine Dyskrasie gedacht werden darf, dafür sprechen die im Anfange dieser Abhandlung vorgebrachten Thatsachen. Es ist vielmehr die Eigenthümlichkeit der Haut gemeint, auf äussere Reize hin unter Bildung der für Psoriasis charakteristischen Efflorescenzen zu reagiren, auf Reize hin, die wenn sie in gleicher Stärke die Haut anderer Individuen träfen, dort ohne Effect bleiben oder eine Entzündung u. s. w., aber nie eine Psoriasis hervorrufen würden. Die Zellen

dieser Haut sind so angelegt, dass sie sogar auf Reize, die ohne Resultat bei ihrer Einwirkung auf die Zellen einer normalen Haut bleiben würden, in Hypertrophie und Hyperplasie gerathen. Eine solche Beschaffenheit der Haut ist im menschlichen Organismus im Vergleich zu den anderen Organen kein ἅπαξ λεγόμενον. Bekannt ist, dass in manchen Familien das Muskelsystem so angelegt ist, dass es unter denselben Bedingungen leichter hypertrophirt als in anderen Familien. Am populärsten ist die Erblichkeit, die über gewissen anderen Eigenthümlichkeiten der Haut waltet: es bedarf nur der Erinnerung an die Pigmentirung der Haut unter den verschiedenen Völkerstämmen, an die Farbennuancen der Haare vom tiefsten Schwarz bis zum hellsten Blond und der Iris innerhalb verschiedener Familien u. s. w. Constatirt ist auch die Thatsache, dass gewisse Mäler der Haut sich in einer Familie von Generation zu Generation fortpflanzen.

Kehren wir zu unserer Behauptung zurück, dass die Haut der Psoriatischen die angeborene Eigenthümlichkeit habe, auf Reize in der oben angegebenen Weise zu reagiren, so existirt dafür eine Anzahl von beweisenden Experimenten, die theils die Menschenhand, theils die Natur selber angestellt hat. Köbner zeigte bei Gelegenheit seines im Jahre 1872 gehaltenen, von uns schon oben erwähnten Vortrages einen Patienten vor, bei welchem 5 resp. 6 Jahre nach dem Auftreten einer isolirten Plaque verschiedene traumatische Einwirkungen an ganz entlegenen Körpertheilen (Excoriationen durch Reiten, Suppuration einer consensuellen Lymphadenitis, Pferdebiss und zuletzt Tättowiren), und dann Ausbrüche der Psoriasis zunächst genau an und in der Form der verletzten Hautstellen stattgefunden hatten. O. Simon erzählt in seiner „Localisation“ etc. pag. 126 einen Fall, in welchem der Patient sich am Oberarm mit einer Nadel ritzte. Es dauerte nicht lange, so war genau der Stelle entsprechend ein langer Streifen von Psoriasis vorhanden. Nach mündlicher Mittheilung von eben demselben entstand nach einer handtellergrossen Verbrennung der Ellenbeuge eine gleichweit ausgedehnte Psoriasisplaque. Aehnliches berichtet Neumann in der 4. Aufl. seines Buches über Hautkrankheiten: er gibt an, dass bei psoriatischen Individuen die Anwendung von Blasenpflastern, Sinapismen, das Kratzen bei vorhandenen pediculi u. s. w. zum Auftreten von

Psoriasisefflorescenzen genau im Bereich der gereizten Stellen geführt habe. Auch ich habe Gelegenheit gehabt, Gleiches zu beobachten. Ich fügte dem oben erwähnten Mädchen, von dem ich mich zu impfen versuchte, durch Kratzen mit einem stumpfen Federmesser eine Excoriation auf dem linken Vorderarme zu, welche sich im Verlauf von ungefahr 3 Wochen genau in der Grösse und Form der gekratzten Stelle in eine Psoriasisplaque verwandelte. Einen anderen Patienten ätzte ich mit Kali causticum in einer wässerigen Lösung von 1:5 auf der linken Schulter; nach Abstossung des Aetzschorfes bildete sich auch hier eine Efflorescenz, entsprechend dem Umfange der geätzten Stelle. Auch noch ein dritter Fall kam mir vor. Ein 7jähriges Mädchen, das vor einem halben Jahre die ersten Erscheinungen von Psoriasis an den unteren Extremitäten bemerkt hatte, erhielt behufs der Revaccination vier Impfschnitte am linken Oberarm, welche sämmtlich im Verlauf von 14 Tagen zu linienförmigen Psoriasisefflorescenzen wurden. Dies war ausserdem einer von jenen Fällen, bei denen von Heredität durch Nachfragen und Untersuchung beider Eltern Nichts zu constatiren war. Die Untersuchung des Vaters ergab nur eine prämature Alopecie, bei der an Psoriasis als ursächliches Moment nicht im geringsten zu denken war. In einem vierten Falle hatte ein Patient, der noch nie an Psoriasis gelitten hatte, sich eine Angina von beträchtlicher Intensität zugezogen und schwitzte in Folge dieser sehr stark. Nach 2 Wochen zeigte sich eine ausgesprochene Psoriasis punctata des Rumpfes mit vollkommenem Ausschluss der Extremitäten; besonders dicht gesäet standen die Plaques in der Höhe der Achselhöhlen, zu denen sie strahlenförmig wie zu einem Centrum sich hinzogen. Die Reizung und die Maceration der Haut durch den Schweiss hatte offenbar hier diesen Effect gehabt. Sehr lehrreich war für mich endlich ein fünfter Fall: Einem 30 Jahre alten Manne, der bisher nie irgend eine Hautkrankheit gehabt hatte, fiel im November 1875 etwas zur Erde; er hob es auf und kam dabei mit dem Knie zwischen zwei Stühle, worauf er sofort Schmerz an einer Seite desselben verspürte. Er wandte gegen denselben Arnicatinctur vierzehn Tage lang vergebens an, pinselte dann 4 Tage lang auf die schmerzhafte Stelle Jodtinctur auf; die Haut ging herunter. Anfangs Januar zeigte sich genau in der Grösse der bepinselten

Stelle eine Psoriasisplaque, deren Auftreten eine allgemeine Eruption der Psoriasis zuerst an den Armen, dann am ganzen Körper folgte.

Einen weiteren Beweis dafür, dass die ganze Haut der Psoriatiker in der angegebenen Weise angelegt ist, gibt die Localisation der Psoriasis. Dieselbe stellt sich immer an denjenigen Körpertheilen ein, die den Insulten, wie sie das tägliche Leben mit sich bringt, am meisten ausgesetzt sind. Es sind das die Stellen, deren Wichtigkeit für die Localisation der Hautkrankheiten im Allgemeinen O. Simon [1]) schon nachgewiesen hat. Wie die meisten Autoren angeben, findet sich die Psoriasis am häufigsten an der Streckseite der Extremitäten, namentlich in der Nähe des Knie- und Ellbogengelenkes. Doch ist das Vorhandensein des psoriatischen Processes an diesen Stellen nichts Wesentliches für ihn; eine Differentialdiagnose lässt sich daraus nicht machen, wie es Niemeyer (Lehrb. der spec. Pathol. und Ther. 6. Aufl. Berl. 1865. pag. 681) und Kunze in seinem Compendium der praktischen Medicin will, welcher letztere die Psoriasis vulgaris nach den Streckseiten und die Ps. specifica nach den Beugeseiten verlegt. Ich habe beides in manchen Fällen gerade umgekehrt gefunden. Dass aber die Streckseiten der Extremitäten mit Vorliebe von der Ps. vulgaris aufgesucht werden, liegt einestheils darin, dass die Haut hier wie auch an der Stirne dem Knochen aufliegt und jeder weicheren Unterlage entbehrt; jeder Stoss u. s. w. wird hier um so empfindlichere Folgen haben. Der Unterschenkel ist ausserdem durch das Vorwärtsschreiten beim Gehen und Laufen recht geeignet, oft insultirt zu werden. Wie leicht man sich gerade den Ellbogen stösst, wird jedem an dem in dem 4. und 5. Finger der betreffenden Hand auftretenden, empfindlichen Schmerz erinnerlich sein. Bedenkt man nun noch, dass die Streckmuskeln der Extremitäten im Verhältniss zu den Beugemuskeln die stärkeren sind, so werden bei Stössen, die die Streckseiten und Beugeseiten bei Bewegungen der Extremitäten treffen, immer diejenigen an der Streckseite die von dem grösseren Effect begleiteten sein. Auch das Knien und das Aufstützen der Ellbogen, welches letztere man bei den meisten Individuen antrifft, kommen hier

[1]) O. Simon. Localisation etc. pag. 114 u. ff.

sehr in Betracht. Reize, die bei normaler Haut keine Folgen haben, erregen also hier schon Erscheinungen der Psoriasis, eben so wie sie in anderen Fällen zu syphilitischen Periostitiden, gummösen und ekzematösen Hauterkrankungen an diesen Stellen führen. Dasselbe gilt von dem Kratzen, zu dem die behaarten Körperstellen prädisponiren. Häufig beobachtet sind daher Psoriasisstellen auf dem Kopf und Mons Veneris. Besonders benachtheiligt sind auch die Körpertheile, die durch ein Aneinanderliegen sich theils mechanisch, theils durch die macerirenden Secrete der Haut selbst reizen. Dieselben werden ebenfalls öfter Sitz der Psoriasis. In einem Falle sah ich entsprechend der Gegend, wo das Scrotum dem linken Schenkel anliegt, eine ausgedehnte Psoriasisefflorescenz, in einem anderen eine kleine Plaque in den Falten des Nabels und mehrere grössere in den Achselhöhlen. Auch Narben, die immer eine Pars minoris resistentiae darstellen, aus denen nach Virchow Gummata u. A.[1]) entstehen können, habe ich als Sitz von Psoriasis beobachtet; so z. B. die Vaccinationsnarben. Körpertheile endlich, die ihrer Lage und Beschaffenheit wegen den Einflüssen der Temperatur und den Unbilden des Wetters besonders ausgesetzt sind, sehen wir ebenfalls vorzugsweise von Psoriasis befallen werden. So werden die Ohren, die im Winter bei den Meisten am leichtesten frieren, oft von der in Rede stehenden Dermatose afficirt.

Veranlassung zu Hautreizen geben auch die Kleider und zwar besonders da, wo sie der Haut eng anliegen und eine Reibung ermöglichen. Diese in solcher Weise gereizten Stellen werden mit Vorliebe von der Psoriasis eingenommen. In erster Reihe unter diesen benachtheiligten Körperregionen befindet sich wieder der Unterschenkel, dessen Haut durch das Stiefelschaftende bei Männern, durch das Strumpfband bei Frauen irritirt wird. Aehnliche Verhältnisse lassen sich für die Stirn nachweisen, wo besonders bei Männern die Kopfbedeckung durch ihren Druck auf die direct dem Knochen aufliegende Haut zur Bildung von Psoriasisefflorescenzen führt. Einen sehr interessanten Beweis hiefür bot ein mir bekannter Herr dar, dessen Stirn eine streifenförmige, genau dem Hutrande entsprechende Plaque zeigte.

---

[1]) Virchow. Onkologie pag. 65.

Einen weiteren Anhaltspunkt für die Localisation der Psoriasis und somit einen Beleg dafür, dass diese Erkrankung an insultirten Hautgegenden auftritt, bietet der Stand und die Beschäftigung der einzelnen Individuen [1]) und so habe ich Fälle gesehen, die einen directen Beweis auch dafür geben. Bekanntlich sieht man, dass bei den einzelnen Handwerkerzünften ganz bestimmte Stellen durch mechanischen Druck u. s. w. leiden. Bei Schuhmachern ist es besonders ein Streifen, ungefähr 4 Finger von dem linken Knie entfernt, welchem ein Riemen während der Arbeit aufliegt. Die Schneider schlagen meistens das rechte Bein über das linke, so dass die ganze Rumpflast auf die linke Glutäengegend drückt, sowohl jener Streifen über dem linken Knie als auch diese Druckstelle, welche der Lage des linken Tuber ischii entspricht, habe ich Sitz der in Rede stehenden Krankheit in zwei Fällen werden gesehen. Lehrreich für mich war noch ein anderer Fall, der einen Schüler eines hiesigen Gymnasiums betraf. Derselbe hatte auf der Verbindungslinie zwischen beiden Schulterblättern eine grosse Anzahl von Psoriasisefflorescenzen, welche so angeordnet waren, dass sie der Drucklinie der Schulbanklehne entsprachen. Es folgt mithin aus allen diesen Thatsachen, die für eine Erkrankung der Haut immer nur an den gereizten Stellen beweisend sind, dass die Haut der Psoriatischen in Wirklichkeit so angelegt ist, wie es oben angenommen wurde.

Dass ganz besonders günstig gelegene Hautpartien spät und selten in Gestalt von Psoriasis erkranken, spricht auch nur für unsere Behauptung. Hieher gehört die durch ein reichliches Fettpolster geschützte Glutäenhaut. Die Haut der inneren Fuss- und Handfläche ferner wird möglicherweise durch die enorme Dicke ihrer Epidermis, welche hier auch schon bei neugeborenen Kindern verhältnissmässig stärker entwickelt ist als an allen anderen Körpergegenden, und welche den Effect der stattfindenden Insulte für das darunter gelegene Corium abschwächt, seltener Sitz der Psoriasis. Dass dieselbe sich jedoch auch hier localisiren kann, ist hinreichend bekannt. So hatte Herr Dr. O. Simon die Güte, mir zwei von ihm in neuester Zeit beobachtete Fälle von Psoriasis

[1]) S. O. Simon. Localisation etc.

vulg. mitzutheilen, bei welchen die Flachhände erkrankt waren. Aus der ziemlichen Seltenheit solcher Fälle geht übrigens hervor, dass die Annahme von Tilbury Fox (Skin diseases III. edit. 1873, pag. 249), welcher glaubt, dass die mit dicker Epidermis versehenen Körpertheile am leichtesten erkranken, wohl nicht acceptirbar ist.

Es ist möglich, ja höchst wahrscheinlich, dass dem Fortschreiten und Wachsen der Psoriasisefflorescenzen gleiche Reize zu Grunde liegen wie dem Entstehen derselben. Die Eruption der Psoriasis quält die Patienten, wie alle Autoren angeben, durch einen starken Juckreiz, der zum Kratzen der erkrankten Stellen verleitet. Man sieht ja auch öfter mit Blut befleckte Epidermisschuppen auf solchen gekratzten Plaques, sowie Excoriationen in ihrer Umgebung. Diese so gekratzten Stellen können nun wieder Sitz neuer Psoriasisefflorescenzen werden, wie man dies an den in Folge des Juckreizes z. B. bei Pediculi gekratzten Stellen beobachtet hat, die sich in Psoriasisplaques verwandelten. So kann eine Psoriasis immer grössere Dimensionen annehmen. Dass sie dies in manchen Fällen nicht thut, sondern sich auf einen gewissen Punkt Jahre lang beschränkt, erklärt sich daraus, dass einmal der Juckreiz bei den verschiedenen Patienten je nach ihrer Empfindlichkeit verschieden ist, und dann daraus, dass verschieden starke Reize bei verschiedenen psoriatisch beanlagten Individuen erforderlich sind, um gleiche Eruptionen der Psoriasis hervorzurufen. Mit anderen Worten: Wenn auch bei allen an Psoriasis erkrankenden Individuen eine angeborene Anlage der Haut für diese Krankheit besteht, so ist sie doch nicht bei Allen in derselben Quantität vorhanden. Das oben erwähnte Kratzen braucht also bei dem Einen nicht denselben Effect zu haben, wie bei dem Anderen.

Dass die Reizbarkeit bei vorhandener Anlage bei verschiedenen Personen in der That quantitativ verschieden ist, dafür spricht die Zeit des ersten Auftretens von Psoriasis. Dieselbe zeigt sich nicht bei allen Individuen in dem gleichen Lebensalter. Sie pflegt nach Hebra's Angabe durchschnittlich im 6. Lebensjahre zuerst zu erscheinen, zu einer Zeit also, wo die Kinder anfangen, sich den äusseren Schädlichkeiten beim Spiel im Freien und beim Schulbesuch auszusetzen, ferner zumal bei den ärmeren Volksclassen zur Aushilfe in der Wirthschaft zu dienen, während

sie, wie man oft beobachten kann, in den ersten 5 Lebensjahren eine sorgfältige Pflege und Schutz vor diesen Schädlichkeiten zu geniessen pflegen. Es sind jedoch auch Fälle beobachtet worden, in denen die Psoriasis früher ausbrach; so erwähnt Zeissl einen Fall bei einem 8 Monate alten Kinde [1]), Neumann einen bei einem Kinde in den ersten Lebensmonaten, einen anderen bei einem Kinde im 4. Lebensjahre. Herr Dr. O. Simon theilte mir einen Fall mit, wo ein im 3. Lebensjahre stehender Knabe, der mit Ps. guttata übersäet war, im Alter von $1^1/_2$ Jahren zuerst am Penis und an den Hinterbacken Psoriasis bekam. Unter den von mir beobachteten Fällen habe ich die Psoriasis frühestens im 6. Jahre auftreten gesehen. Eine grosse Anzahl von Psoriasiserkrankungen kann man ferner constatiren in demjenigen Lebensalter, in dem die Knaben sich zu einem Handwerk entschliessen. In diesen Fällen bedarf es also grösserer Reize als in den anderen, wo das Kindesalter mit seinen geringen Schädlichkeiten schon eine Psoriasiseruption hervorrief. In anderen Fällen lässt dieselbe noch länger auf sich warten. So habe ich einen Patienten mit weitverbreiteter Psoriasis gekannt, der als Landwehrmann im Feldzuge 1870/1 erst die erste Spur dieser Erkrankung an sich bemerkte. Wie reich dieser Feldzug speciell an Hautreizen für die Soldaten durch Winterquartiere bei strenger Kälte und Nässe, durch Pediculi, Scabies u. s. w. war, ist hinlänglich bekannt. In ganz seltenen Fällen zeigen sich erst in der zweiten Hälfte des Lebens die ersten Zeichen einer auftretenden Psoriasis. Herrn Dr. O. Simon verdanke ich die Mittheilung von zwei hierher gehörigen Fällen. Dieselben betrafen Damen, welche Ausgangs der Vierziger oder Anfangs der Fünfziger Psoriasis bekamen, zu einer Zeit also, wo Frauen nach dem Aufhören der Menses sich den häuslichen Geschäften mehr als früher hinzugeben und körperlich zu arbeiten pflegen; es ist wenigstens nachgewiesen, dass das Muskelsystem der Frauen zu dieser Zeit sich mehr als früher ausbildet und in Folge dessen auch die Menge der ausgeathmeten Kohlensäure um ein Beträchtliches steigt. Dass die psoriatische Anlage bei den verschiedenen Individuen mithin verschieden gross ist, scheint nach dem Ausgeführten wohl eine berechtigte Annahme zu sein.

---

[1]) Zeissl. Constit. Syphilis. Erlang. 1. Aufl. pag. 323.

Die Regelmässigkeit, mit der bei Psoriatikern vom Lebensanfange bis zum Ende der Ausbruch der Krankheit nach Reizen wiederkehrt, ist ferner auch noch ein Beweis dafür, dass man es hier mit der oben angenommenen, angeborenen Eigenthümlichkeit der Haut zu thun hat. Das ganze Leben hindurch dauern die Recidive, nur durch sehr kurze Pausen unterbrochen. Hätte man es bei der Psoriasis mit einer Dyskrasie zu thun, was wir oben schon von der Hand weisen mussten, dann könnte man annehmen, jedes dieser Recidive sei ausgegangen von einem vielleicht übrig gebliebenen Psoriasisherde, der den Ausbruch der Gesammterkrankung vermittelt. So aber folgt aus dieser unendlichen Reihe von Rückfällen, dass hier in der That jene Eigenthümlichkeit der Haut vorliegt, auf Reize immer unter Bildung von Psoriasisplaques zu antworten. Dass Rückfälle nun wirklich das ganze Leben hindurch eintreten, bezeugt die Mehrzahl der Autoren, die über Psoriasis geschrieben haben. Hebra hat unter seinen mehr als 2000 beobachteten Psoriasisfällen nur einen einzigen Patienten gehabt, der kein Recidiv bekam, da seine Ernährung in Folge Phthisis pulmonum darniederlag. Dasselbe Moment gibt Neumann an als Ursache für das Schwinden der Psoriasis. In der 4. Auflage seines Werkes über Hautkrankheiten heisst es: „Sobald die Ernährung, sei es durch Krankheiten oder sonstige Ursachen abnimmt, welche eine Abmagerung herbeiführen, schwindet die Psoriasis.“ Aus demselben Grunde sieht man auch nach chirurgischen Operationen, die die Ernährung des Gesammtorganismus, also auch diejenige der Haut herabsetzen und so eine Hyperplasie der Bindegewebszellen der Haut erschweren, die Hautwunden sich nicht in Psoriasisplaques umwandeln. Aus derselben Ursache möchte ich auch die angeblich specifische Wirksamkeit des Copaivabalsams gegen Psoriasis erklären, der zuerst in einem französischen Hospital einem mit Gonorrhöe und Psoriasis behafteten Individuum gereicht wurde. Als nun bald mit der Gonorrhöe auch die Psariasis schwand, wurde dem Copaivabalsam auch diese Wirkung zugeschrieben; leider machte man sich nicht darüber klar, ob hier wirklich der Copaivabalsam selbst specifisch, oder die Ernährungsherabsetzung des Organismus, hervorgebracht durch die die Verdauung störende Eigenschaft des Copaivabalsams und die bei Gonorrhöe noch hie und da angewandte Hungercur,

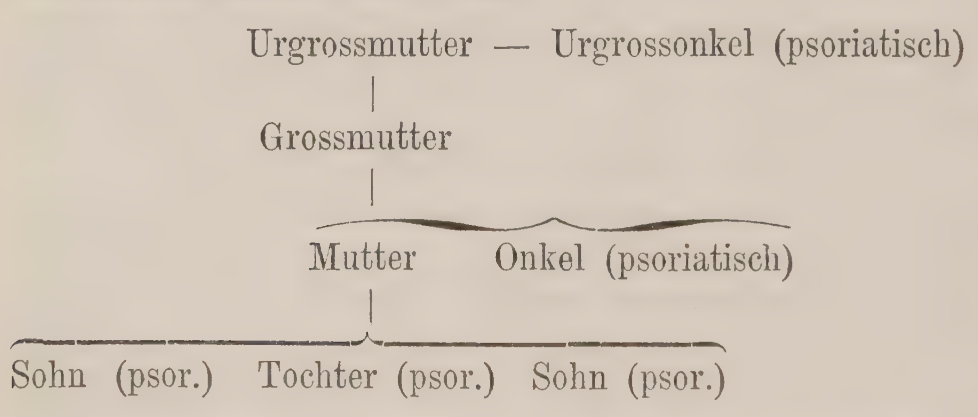
wirksam gewesen ist. Dass in der That schmale Kost, verbunden mit übertriebener Anwendung der Drastica, allein für sich die Psoriasis zu beseitigen im Stande ist, gibt u. A. auch Niemeyer an (Lehrb. d. spec. Pathol. und Therapie. 6. Aufl. pag. 428). M. C. Anderson erzählt mehrere Fälle von psoriatischen Müttern, die immer nur dann von Psoriasis befallen wurden, wenn sie männliche Kinder stillten, während sie bei dem Säugen von Mädchen von Psoriasis frei bleiben. Ein ähnlicher Fall befindet sich auch in der Zahl der von mir beobachteten. Eine 32jährige Patientin, welche vor einem Jahre von einem Mädchen, vor 4 Wochen von einem Knaben entbunden worden war, zeigte seit 14 Tagen alle Erscheinungen einer Psoriasiseruption, während sie vorher nie in dieser Weise erkrankt war. Anderson schliesst nun daraus Folgendes: Da die männlichen Kinder der Mutter mehr Nahrung entziehen als die weiblichen, so werde dadurch der Schwächezustand der Mutter grösser und mit ihm auch die Disposition des Organismus für das Entstehen der Psoriasis. Allein dieser Schluss steht direct aller Erfahrung entgegen. Man findet bei Psoriatikern nichts für eine schwache Constitution Charakteristisches; es sind im Ganzen gesunde, kräftige Individuen, die an Psoriasis erkranken. Dieses bestätigen Hebra, Green und Devergie[1]). Das Auftreten von Psoriasis in jenen Fällen von Anderson liesse vielleicht noch eine andere Erklärung zu: Die reichliche Blutmenge, die während der Schwangerschaft zum Uterus strömte und nur zum Theil bei der Geburt aus den Gefässen desselben sich entleeren konnte, tritt in Folge der Zusammenziehung des Organes in den allgemeinen Kreislauf zurück. Hiedurch entsteht um so mehr ein Zustand allgemeiner Plethora, als die durch die Schwangerschaft erhöhte Lebensthätigkeit des Organismus nicht alsbald nach der Geburt erlischt, vielmehr nur in veränderter Richtung sich noch eine Zeit lang fortsetzt, und es würden andere Organe vom Andrang des Blutes leiden müssen, wenn nicht durch den Eintritt grösserer Thätigkeit in der Haut, in den Brüsten, ausserdem durch die Lochien dem Ueberschuss der Säfte eine Ableitung verschafft würde (Naegele). Diese erhöhte Lebensthätigkeit der

---

[1]) Green (Compendium der Hautkrankheiten. 1836. pag. 254). Devergie (Traité des maladies de la peau. 1854. pag. 496).

Haut ist um so grösser, je grösser die Plethora, je mehr Blut während der Schwangerschaft gebildet worden war, was im Allgemeinen dann der Fall ist, wenn die Frucht eine männliche war. Somit wäre vielleicht das Auftreten der Psoriasis auch in diesen Fällen erklärt.

Die in Rede stehende Beschaffenheit der Haut kann sich von den Eltern direct auf die Kinder übertragen, wie man dies oft zu beobachten Gelegenheit hat. Warum sie sich nicht auf alle Kinder vererbt, kann man bisher nicht beantworten. Man weiss eben noch nicht, ob und unter welchen Bedingungen die Eigenschaften gewisser Organe sowie deren Krankheitsanlagen vom Vater in dem einen Falle, in einem anderen von der Mutter bestimmt werden. In einem der beobachteten Fälle war von 7 Kindern nur eines psoriatisch und zwar nur dasjenige, bei dessen Zeugung der Vater gerade mit Psoriasis behaftet war. Ob ich aus einem solchen vereinzelten Falle die weiteren Schlüsse zu ziehen berechtigt bin, möchte mehr als zweifelhaft erscheinen. Vielleicht bringen weitere Beobachtungen mehr Material. Eine Vererbung der psoriatischen Anlage mit Ueberspringung einer Generation ist ebenfalls nicht neu und findet ihre Analogie in anderen Hereditätsverhältnissen. In anderen Familien sieht man sich die Psoriasis in der Weise fortpflanzen, wie es folgender beobachteter Stammbaum zeigt:



Allerdings gibt letzterer Fall zu mancher Erwägung Veranlassung: Bestand vielleicht auch bei den Frauen eine psoriatische Anlage, die nur aus dem Grunde nicht zu einer Erkrankung führte, weil die Reize im Leben nicht gross genug gewesen sind? Denn dass die Frauen den Schädlichkeiten des Lebens weniger ausgesetzt sind als die Männer und daher, obwohl von gleicher

Anlage, dennoch weniger häufig erkranken, ist eine bekannte Thatsache. Schon in dem „Abrégé pratique des Maladies de la peau" von Biett, herausgegeben von Cazenave und Schedel, heisst es auf S. 285 der 1. Auflage: „Elle (die Psoriasis nämlich) affecte plus fréquemment les hommes que les femmes; sans doute, parce qu'ils sont plus exposés aux causes diverses, qui peuvent la produire." Eine Stütze findet diese Behauptung in der Häufigkeitstabelle der Erkrankungen an Psoriasis bei den verschiedenen Geschlechtern. Nach Hebra kommen auf 23 psoriatische Männer 17 Frauen, nach Wilson auf 93 M. 40 Fr., nach Anderson auf 97 M. 90 Fr., nach Devergie auf 245 M. 25 Fr. Unter den 113 Fällen von Psoriasis, die innerhalb $2^1/_2$ Jahre in der Poliklinik des Herrn Dr. O. Simon behandelt wurden, welche ich theils durch eigene Anschauung, theils durch vorgefundene Protokolle kenne, waren 102 Männer und 11 Frauen. Doch möchte ich nicht behaupten, dass letztere Zahl ganz genau das Verhältniss der Erkrankungen der Männer zu denjenigen der Frauen ausdrückt, da Männer sich weit leichter dazu verstehen in poliklinische Behandlung einzutreten als Frauen.

Fassen wir das Gesagte noch einmal kurz zusammen, so geht unsere Annahme dahin, dass die Psoriasis nie erworben wird, sondern nur bei Individuen mit einer angeborenen, auf die verschiedenen, theils mechanisch, theils chemisch, theils thermisch wirkenden Reize immer zu Psoriasis führenden Hautanlage vorkommt.

Schliesslich habe ich noch die angenehme Pflicht, Herrn Privat-Docenten Dr. O. Simon für die gütige Unterstützung, welche er mir bei dem Sammeln des zu dieser Arbeit erforderlichen Materiales durch Mittheilung der in seiner Poliklinik für Hautkranke beobachteten Fälle angedeihen liess, meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Ueber syphilitische Epilepsie.

Von
Dr. Schuster
in Aachen.

In seiner Klinik der Nervensystems bezeichnet M. Rosenthal das Wesen der Epilepsie als eine vasomotorische Neurose der Gehirngefässe, fussend auf den vor 20 Jahren gemachten Forschungen Schroeder van der Kolk's sowie den physiologischen Versuchen von Kussmaul und Tenner u. A. Sowohl die reinen, klassischen epileptischen Anfälle, wie die sogenannten epileptoiden Anfälle umschlingt resp. verbindet, wie Nothnagel sich ausdrückt (v. Ziemssen's Sammelwerk, Nervensystem II.) ein gemeinschaftliches causales Band — nämlich ein veränderter (vermehrter oder verminderter) Füllungsgrad der Hirngefässe. Es müsste zur Hervorrufung der verschiedenen epileptischen Erscheinungen eine Erregung des vasomotorischen Centrums (der Medulla oblongata) sowie des Muskelcentrums (des Pons) stattfinden. Nur dadurch, dass beide unabhängig nebeneinander hergehen können, erklärt Nothnagel die sonst unverständlichen Eigenthümlichkeiten mancher Anfälle (wie namentlich der epileptoiden Anfälle, z. B. Convulsionen ohne Bewusstseinsstörung u. a.).

Ausser der Heredität, dem Alkoholismus, grossen gemüthlichen Einwirkungen u. a. als Ursachen der Reize, welche die genannten krankhaft gestimmten Centralapparate zeitweise zu epileptischen Erscheinungen erregen, finden wir auch nachweisbare pathologische Processe des Schädelinhaltes als solche angegeben. Sowohl die physiologischen Versuche Hitzig's weisen darauf hin, als auch die Sectionen vieler epileptisch krank Gewesener. In letzterer Beziehung sind nun die die Meningen und die Gehirnrinde, seltener die die Arterien treffenden pathologischen Veränderungen

mit epileptischen Zuständen in Verbindung zu bringen. Da nun nachgewiesenermassen die Umgebungen des Gehirnes, sowie dieses selber und seine Arterien bei der Syphilis nicht selten erkranken, so war auch die Frage des Abhängigkeitsverhältnisses der Epilepsie von syphilitischen Processen gestellt. Gerade die Dura mater (s. Virchow die krankhaften Geschwülste, 20. Vortr.) wird bei Syphilis des Gehirns gerne befallen, — entweder ähnlich der diffusen Pachymeningitis, ausgehend theils von Exostosen der inneren Schädelfläche (P. externa) theils von der Pia mater und dem Gehirn (P. interna), — oder als umschriebene Pachymeningitis, die dann schon mehr den gummösen Schwellungen nahe steht.

Namentlich die Gummata der Dura mater gehen gerne mit Entzündung der Nachbarschaft und ausgedehnten Verwachsungen der Dura mater mit der Arachnoidea und Pia mater einher, wobei dann die entsprechende Gehirnpartie in Folge arterieller Verschliessung erweicht. Ganz besonders gerne entwickeln sich die Gummata der Pia mater zu grossen Geschwülsten; sie kommen aber auch in der Gehirnsubstanz vor. Hervorzuheben ist auch noch die selbständige „luetische Erkrankung der Gehirnarterien", von Heubner 1874 so classisch erforscht und beschrieben.

Solcherart constatirte Befunde entsprechen im Leben den Erscheinungen heftigen, oft beständigen Kopfschmerzes mit Schwindelanfällen, Gedanken- und Gedächtnissschwäche, epileptiformen Anfällen, dann ferner mit paralytischen resp. hemiplegischen, aphasischen und Comaerscheinungen, welche letztere mehr der syphilitischen Arterienerkrankung resp. Verengerung durch Neubildung zukommen. Natürlich müssen sich je nach dem Sitze und der Ausbreitung und Complication der Affectionen die Erscheinungen untereinander vermischen.

Halten wir nun hiezu die Thatsache, dass namentlich bei Erwachsenen, welche früher von Syphilis befallen waren oder noch Erscheinungen dieser Krankheit darbieten, plötzlich und unerwartet, auch ohne dass früher epileptische Anfälle dagewesen wären, ein solcher in seiner ganzen furchtbaren Heftigkeit eintritt, dass dieser sich mehr oder weniger häufig wiederholt, dass er nach einer specifischen Behandlung verschwindet, so ist wohl die Berechtigung zu der Bezeichnung „syphilitische Epilepsie" gegeben. Allerdings wird man hierunter nur eine symptomatische Form der Epilepsie

verstehen können, abhängig meist von pathologischen Veränderungen in den Meningen und der Gehirnrinde, wie dies auch die Sectionen der unter epileptischen Erscheinungen gestorbenen Syphilitischen ergeben, während bei der luetischen Erkrankung der Gehirnarterien in den von Heubner (l. c.) angeführten Fällen seltener allgemeine Convulsionen vorkommen. In seinem hieher gehörigen Falle 35 ist die Dura mater nebst Gefässen erkrankt.

Ich gebe in Folgendem verschiedene der syphilitischen Epilepsie angehörige Fälle.

Im vorigen Jahre beobachtete ich bei einem an alter Syphilis Leidenden einen plötzlich und unerwartet ohne Schrei sich einleitenden grossen epileptischen Anfall, der sich in den nächsten Tagen noch mehreremale wiederholte und auf eine specifische Cur nach mir dieser Tage gewordener Mittheilung ausblieb. In einem zweiten Falle von alter Lues — Patient ist 35 Jahre alt — deren Reste sich in braunen Pigmentkreisen und Narben an den Unterschenkeln kund gaben, zeigten sich ohne nachweisbare Schädelaffection grosse epileptische Anfälle mit bald folgender Gedankenschwäche und häufigem Verwechseln der gebräuchlichen Wörter.

Bei einem dritten, vor 9 Jahren syphilitisch inficirten Herrn von 31 Jahren trat nach vorausgegangener Schwäche des Kopfes beim Denken — es war im vergangenen Jahre bei angestrengter Kopfarbeit ein heftiger Kopfschmerz mit Schwindelanfällen aufgetreten, der auf Jodgebrauch verging — ein grosser Schüttelkrampf ein, wobei Patient bei Bewusstsein blieb. Der Krampfanfall wiederholte sich des andern Morgens. Es fanden sich keine Knochenauftreibungen vor, dagegen bestand heftige linksseitige Cephalaea, Schlaflosigkeit, schlechtes Gedächtniss, zuweilen verkehrter Wortgebrauch zur Bezeichnung des Gedankens. Bedeutende Störung des Muskelgefühles bei geschlossenen Augen, wobei der Körper stark nach rechts schwankte. Rechtsseitige Halsdrüsen vergrössert, Milzbreite 3 Finger, abendliches Fieber bis 38·2°. Kleinere Krampfanfälle bei erhaltenem Bewusstsein mit nachfolgendem Schwächegefühl in den Extremitäten wiederholten sich im Anfange der hier eingeleiteten Frictionscur; in deren weiterem Verlaufe blieben sie aus, auch besserten sich die Gehirnerscheinungen in bedeutender Weise.

Bei einem vierten, kräftig gebauten Patienten von 41 Jahren, der seit 14 Jahren verheiratet, seit 7 Jahren inficirt ist, traten 4 Jahre nach der Infection epileptische Anfälle mit Bewusstlosigkeit auf, die sich bald in kurzen Intervallen wiederholten. Dabei bestanden Incontinentia urinae, sowie Tophi der Kopfknochen. Nach einer grösseren Frictionscur blieb Patient von ausgebildeten Anfällen verschont. Dagegen zeigten sich folgende, Anfangs mehreremal wöchentlich, später alle 4 bis 5 Wochen regelmässig auftretende Anfälle: Angstgefühl in der Herzgegend, Mattigkeit mit Gefühl des Vergehens, wobei Bewusstsein erhalten ist, Stuhl und Harndrang sich einstellt. Patient kann dann noch 30 bis 40 Schritte gehen, der linke Arm wird dann schwer, fällt wie todt herunter, der linke Fuss versagt seinen Dienst, und würde Patient hinstürzen, wenn er nicht unterstützt würde. Der Anfall dauert bei ruhigem Verhalten 15 Minuten, dann kann Patient wieder aufstehen, ist aber einige wie Tage zerschlagen, der linke Arm noch andern Tags wie eingeschlafen, Gemüthsstimmung trüb. Diese Anfälle wurden unter erneuter Frictionscur nebst Gebrauch der Aachener Bäder schwächer und blieben dann ganz aus. Patient schrieb mir in letzter Zeit, dass er sich in den letzten 2 Jahren recht gesund, von Anfällen frei gefühlt habe, dass sich aber seit einigen Wochen eine Schwäche beim Uriniren und in der linken unteren Extremität bemerkbar mache.

In einem fünften Falle, einen 52jährigen Patienten betreffend, trat ein Jahr nach der (vor 2 Jahren stattgehabten) Infection unter den Erscheinungen grosser Aufregung mit heftigem Kopfschmerz eine Art Aphasie ein, die in verworrener Bezeichnung der Gegenstände bestand; bald zeigte sich unter Fiebererscheinungen Somnolenz, Neuralgia supraorbitalis, Brechneigung, verstärkte Aphasie, Amaurosis. Im Verlaufe von weiteren 2 Wochen zeigte sich Parese des rechten Facialis, Schwäche des rechten Armes bis zur completen Aphasie nebst rechtsseitiger Hemiplegie. Unter dem Gebrauche von Jodpräparaten besserten sich die Erscheinungen sehr wenig und langsam innerhalb 8 Monate. Es konnten 4 bis 5 Wörter ausgesprochen werden. Dann trat ein epileptischer Anfall ein, der zuerst und namentlich die linke Seite betraf. Einige Wochen darauf unter grosser Aufregung rechtsseitige Oculomotoriuslähmung, die aber in den ersten 8 Tagen zum grossen Theil

verschwand. Von da ab traten in Zwischenräumen von 8 bis 14 Tagen unilaterale, die linke Körperhälfte betreffende epileptische Anfälle auf, wobei der Kopf bei eintretender Blässe des Gesichtes stark nach links gezogen wurde, das Bewusstsein jedoch bestehen blieb. Patient lächelt alsbald nach dem Anfalle. Ausserdem bestand fast beständiger Schmerz in der linken Occipitalgegend. (Nach Westphal bei Gehirntumoren vorkommend.) Unter der jetzt eingeleiteten Frictionscur nebst Aachener Bädern bessert sich die Aphasie wesentlich, so dass nach 20 Inunctionen Patient wieder einzelne Sätze spricht und auf manche Fragen deutlich, wenn auch in einzelnen Worten zu antworten beginnt; auch vermindern sich die Lähmungserscheinungen, die Anfälle sind selten und eben angedeutet.

Allerdings bleibt bei der Abwesenheit von Drüsenschwellungen und anderer syphilitischer Residua die Diagnose eines syphilitischen Tumors der linken Hemisphäre mit arterieller luetischer Obliteration anfechtbar, kann aber nicht abgewiesen werden, denn die Besserung der Aphasie ist auffällig.

In einem sechsten Falle, einen 28jährigen Patienten betreffend, der sich vor 6 Jahren inficirt hat, ohne dass andere Zeichen als Leistendrüsenschwellungen aufgefallen wären, traten schon im Jahre der Infection nervöse Anfälle auf. Patient bekam, wenn er etwas, z. B. Gefässe in die Hände nahm, wie elektrische Schläge durch den ganzen Körper, so dass die Gefässe hinfielen. Patient war dabei bei Bewusstsein. Diese Anfälle zeigten sich jeden Monat Einmal. In der letzten Zeit (vor 2 Jahren) treten sie mehreremale im Monate und zwar in Zwischenräumen von 2 bis 3 Tagen auf. Bei diesen letzten Anfällen wird der ganze Körper derart elektrisch geschlagen, dass Patient zuweilen hinfällt und sich die Zunge zerbeisst. Patient ist jedoch bei den Anfällen bei Bewusstsein. Die Anfälle zeigen sich im Liegen durch grosse Bewegungen im Magen und Unterleib an.

Seit 2 Jahren besteht ein chronisches Darmleiden. Unter heftigem Tenesmus geht täglich mehreremale eine schleimige, eitrige, mit Blut gemischte Masse, zuweilen blosser Eiter ab. Die Beleuchtung des Rectums ergibt das Vorhandensein verschiedener Schrunden, ein grösseres Ulcus wurde nicht entdeckt. — Patient hat bereits zweimal Carlsbad gebraucht. Das Rectalleiden wurde

durch hohe Injectionen mit verdünnter Eisenchloridlösung in der Knieellbogenlage gebessert. Gegen die epilept. Anfälle wurde eine Inunctionscur eingeleitet. In den ersten 8 Tagen derselben trat in der Nacht ohne Vorboten nach dem Uriniren bei erhaltenem Bewusstsein ein Anfall ein, der mit Zucken in den Armen begann, dann den ganzen Körper befiel, wobei Patient die Zunge zerbiss. Drei Wochen später erwartete Patient den Anfall, der aber ausfiel; er war benommen im Kopfe. Ich finde blasses Aussehen, den Puls verlangsamt (64 Schläge) und zuweilen aussetzend. Temp. 36·8.

Nach einer Anzahl von 32 Frictionen, die Patient sehr gut ertrug, unterbrach derselbe die Cur und berichtete später, dass die Anfälle allerdings seltener als vor der Cur auftraten. Das Darmleiden hatte sich nicht auffällig gebessert. Seit $1^1/_2$ Jahren hörte ich nichts wieder von dem Kranken.

In dem Braus'schen Buche über Hirnsyphilis sind die Fälle mehrerer mit epileptischen Erscheinungen behafteter Syphiliskranken gesammelt. Ich entlehne demselben folgende:

Bei einem von Braus selbst beobachteten Patienten trat schon ein Jahr nach der Infection unter Kopferscheinungen ein epileptischer Anfall auf, der sich in unvollständiger Weise wiederholte, wonach Schwäche des Gedächtnisses und Sprachstörung zurückblieb. Nach einem grösseren Krampfanfall blieb Parese der rechten Körperhälfte zurück. Im dritten Jahre nach der Infection sah Braus selber den epileptischen Anfall, der unerwartet mit Bewusstseinsverlust eintrat, die Zuckungen waren wesentlich stärker auf der rechten als auf der linken Seite. Patient wurde durch eine Mercurialcur hergestellt.

In einem (achten) Falle von G. Mayer traten ein Jahr nach den secundären Fauceserscheinungen epileptiforme Anfälle mit Gedächtnissschwäche und Bewusstlosigkeit auf. Im Jahre nachher stellten sich mehrere mit Schwellung und Empfindlichkeit des linken Scheitelbeines einhergehende epileptische Anfälle ein, denen mehr oder weniger langer Sopor sowie Gedächtnissschwäche, ausserdem unvollkommene Lähmung des rechten Armes und Beines folgte. Patient wurde durch Dec. Zittmanni und Jodkalium geheilt.

In einem (neunten) Falle von Murchison traten 11 Jahre nach der Infection epileptische Anfälle auf, fast wöchentlich, manchmal

5 bis 6mal, mit vorübergehender linksseitiger Hemiplegie. Jodkalium beseitigte die Anfälle.

In einem (zehnten) Falle von Leidesdorf, wo 3 Jahre vorher Knochenauftreibungen am Schädel durch Mercur geheilt waren, traten neben Dementia manchmal an Einem Tage 100 bis 150 epileptische Anfälle auf. Lähmung der Zunge, des rechten Beines bei erhaltener Sensibilität. Nach den Anfällen vorübergehende Lähmungen des linken Armes, rechtsseitige Ptosis, dann erschien Exostose am rechten Seitenwandbeine. Zehnmonatlicher Jodgebrauch beseitigte die psychischen Störungen, dagegen blieb die Lähmung in den Beinen.

In einem Falle von A. Ljunggren zeigten sich 13 Jahre nach der Infection oft stündlich auftretende Anfälle mit folgendem Kopfschmerz, schwerfälliger Sprache, Schwächung des Denkvermögens. Heilung durch specifische Cur.

Fournier führt, erinnernd an die Fälle Hughling Jackson's, mehrere Fälle aus seiner und Charcot's Praxis an von unilateraler, incompleter Epilepsie mit Erhaltung des Bewusstseins; darunter gehört auch der aus der Beobachtung des Dr. Brouardel: (Leçons de l'épilepsie syphilitique tertiaire).

Herr X. inficirte sich 1871 mit nachfolgenden verschiedenen secundären Affecten. Lange Protojodür-Behandlung. Zwei Jahre Ruhe. Da wird Patient plötzlich während der Bureau-Arbeit von heftigem Schmerz in der rechten Lebergegend befallen, wodurch der Rumpf in die Beugung nach rechts gezwungen wird. Dies dauert nur einige Secunden; dann wird der rechte Arm um seine Achse gedreht und von convulsivischen Bewegungen befallen. Der Kranke ist während dieses 1 bis 2 Minuten dauernden Anfalles bei Bewusstsein. Eine Viertelstunde später zweiter gleicher Anfall. Ein dritter stellt sich wieder eine Viertelstunde später ein, wobei Patient das Bewusstsein verliert. Die folgenden Tage 2 epileptiforme Anfälle rechterseits mit Erhaltung des Bewusstseins.

Eine mercurielle Frictionscur nebst Bromkalium beseitigen die Anfälle.

Es zeigte sich das Jahr darauf eine Sarcocele syphilitica und bald darauf wieder epileptiforme Anfälle, die der specifischen Cur wieder wichen.

Dr. Hughlings Jackson erzählt Fälle von unilateralen Convulsionen Syphilitischer, wobei sich gleichzeitig doppelseitige Neuritis optica, resp. Amaurosis vorfindet.

Der erste von mir angeführte Fall zeigte grosse epileptische Anfälle bei vorhandenen Syphiliserscheinungen.

Der zweite solche mit leichten psychischen Störungen bei noch vorhandenen Syphilisresten.

Der dritte zeigte Anfälle mit Bestehen des Bewusstseins. Neben der Epilepsie bestanden Störungen psychischer und sensibler Art. Für Syphilis sprachen die vergrösserten Halsdrüsen sowie die osteocopischen Schmerzen.

Der vierte hatte regelmässige Anfälle, nach deren Heilung regelmässig auftretende vorübergehende Lähmung der linken Extremitäten sich zeigen.

Der fünfte Fall zeichnet sich durch die Schwere der Erscheinungen, die complete Aphasie und Hemiplegie, durch die vorübergehende Oculomotoriuslähmung sowie das wiederholte Auftreten von unilateralen Krämpfen bei erhaltenem Bewusstsein aus. Trotzdem die Aphasie bereits 8 Monate bestand, wird sie schon nach 20maliger Anwendung von Mercurfrictionen auffällig gebessert, so dass aus dem Complex von bestehenbleibenden und vorübergehenden Gehirnstörungen, der Besserung des Zustandes trotz der bestehenden Schwäche durch Mercurialien die Syphilis als wahrscheinlich angenommen werden kann.

Der sechste Fall zeigt Epilepsie mit Erhaltung des Bewusstseins.

Der siebente Fall zeigt die Zuckungen wesentlich stärker auf der rechten Körperhälfte.

Der achte Fall zeigt unvollkommene rechtsseitige Hemiplegie.

Der neunte Fall zeigt vorübergehende linksseitige Hemiplegie.

Der zehnte Fall zeigt vorübergehende Lähmungen des linken Armes und ausserordentlich häufige Anfälle an Einem Tage.

Der eilfte Fall zeigt neben stündlich auftretenden Anfällen die Störungen wie bei meinem dritten Falle.

Der zwölfte Fall zeigt unilaterale Krämpfe bei Erhaltung des Bewusstseins.

Als auffällige Miterscheinungen bei der Epilepsie haben wir hier demnach: vorübergehende Lähmungen, einseitige Krämpfe, Erhaltung des Bewusstseins, Kopfschmerzen, psychische Störungen, und zwar zeigen sich diese Miterscheinungen bei Kranken, welche Syphilis hatten, resp. noch sichtbare Zeichen derselben darbieten. Nach dem Anfalle bestehen in vielen Fällen mehr oder weniger starke Gehirnerscheinungen fort.

Von verschiedenen Beobachtern wird, wie schon erwähnt, besonders betont, dass der unvollständige Charakter des epileptischen Anfalles, die Erhaltung des Bewusstseins bei dem Anfalle, oder gar das Auftreten von unilateralen Krämpfen mit Erhaltung des Bewusstseins für ihre syphilitische Ursache sprechen dürften. Ich mache hier auf die Heubner'sche Betonung „des Halben," Fragmentarischen in den Erscheinungen der Gehirnlues aufmerksam. Namentlich aber hebt Hughlings Jackson hervor, (ich entnehme diese Ansichten, da mir Jackson's Aufsätze nicht mehr zugänglich sind, den Clinical aspects of syphilitic-nervous affections von Th. Buzzard, der aus seiner Praxis bestätigende Fälle anführt), dass unilaterale Krämpfe (die sich dann gerne auf die Hand oder nur zwei Finger beschränken), wenn sie mit Neuritis der Nerv. optic. resp. folgender Amaurosis einhergehen, das Vorhandensein eines syphilitischen Tumors andeuten. Die unilateralen Krämpfe beweisen nur ein Leiden der entgegengesetzten Gehirnhälfte, die gleichzeitige Neuritis beider Nerv. optici aber, dass eine fremde Masse hier vorhanden sein müsse, und diese erweise sich meist als syphilitischer Tumor.

Ich erwähne hier sofort einer diese Ansicht beleuchtenden Beobachtung des Hrn. Prof. Westphal aus den Charité-Annalen 1876 (S. 447). Es bestanden unilaterale Krampfanfälle, die linke Hand, namentlich die Finger betreffend, ohne Verlust des Bewusstseins, starker Kopfschmerz, doppelseitige Amaurose. Es wurde hier eine syphilitische Ursache nicht in Betracht gezogen, demnach auch keine specifische Cur vorgenommen. Es kam bald zur Section. Dieselbe ergab „ein Sarcom (?) der rechten Grossbirnhemisphäre." Da vom Autor hinter Sarcom das Fragzeichen gesetzt ist, da ja auch zuweilen Sarcom und Gumma sehr schwer zu unterscheiden sind, so möchte die Jackson'sche Behauptung durch diesen Fall wohl nicht entkräftet werden.

Jedenfalls ist es ausserordentlich wichtig, in Bezug auf den Zusammenhang incompleter Krampfanfälle mit Syphilis immer mehr Material gesammelt zu sehen, da die Durchführung der Therapie im Falle der Bestätigung bei manchen bis jetzt noch zweifelhaften Fällen — deren ich auch den einen und anderen anführte — die richtige Stütze zur richtigen Zeit erhalten würde, deren sie gar oft noch entbehrt.

Im Allgemeinen unterscheidet sich zwar der epileptische Anfall des Syphilitischen nicht von dem des Nicht-Syphilitischen. Sowohl in grossen Paroxysmen wie in kleinen mehr einzelne Theile treffenden Paroxysmen sehen wir ihn bei Syphilitischen auftreten, mit allen die einzelnen Phasen des Anfalles charakterisirenden Erscheinungen. Da die verschiedensten Ursachen epileptische Zufälle auslösen können, da selbst das Bekanntsein solcher Ursachen nichts an der Bezeichnung des epileptischen resp. epileptiformen Anfalles als auf der Resultante „des (wohl plötzlich) veränderten Füllungsgrades der Gehirngefässe beruhend“ ändert, so bleiben auch die mit der Bezeichnung „symptomatische Epilepsie“ bezeichneten Anfälle der Epilepsie angehörig. Allerdings, wenn es gelingt, in den einzelnen begleitenden Erscheinungen, in den Varianten der Anfälle einzelne der syphilitischen Ursache besonders zukommende genaue Anhaltspunkte zu finden, so gewinnen wir umgekehrt in der Epilepsie selber wieder ein bedeutsames Symptom zur weiteren Klarstellung des vorhandenen organischen intracraniellen Leidens.

In den oben angeführten Fällen kommt der epileptische Anfall meist in dem späteren (gummösen) Stadium vor; es muss aber angeführt werden, dass die Epilepsie sich ebenfalls in dem secundären Stadium, wenn auch seltener zeigt, wie dies Fournier in seinen „Leçons sur la syphilis“ besonders hervorhebt, wobei er bemerkt, dass sie hier sowohl als Recidiv einer früher vorhanden gewesenen Epilepsie geweckt wird, als auch als neue Erscheinung aber weniger abhängig von organischer Gehirnerkrankung auftritt, und dass eine specifische Cur sie am sichersten auch hier beseitigt. Da aber auch schon in den frühen Stadien der Syphilis die Centraltheile, wenn auch in mehr acuter, diffuser Weise erkranken können, so ist das Auftreten der Epilepsie in den ersten Stadien der Syphilis nichts gerade besonders Auffälliges.

Ihr viel häufigeres Auftreten in den tertiären Formen, welche ja mehr dem mittleren und vorgerückteren Alter angehören, bedingt es, dass von allen Autoren schon lange als Charakteristicum hervorgehoben wird, dass die syphilitische Epilepsie meist im mittleren Lebensalter zum ersten Male auftritt. Dem entsprechen auch allerdings die von mir angeführten Fälle. In 43 von Jaksch gesammelten Fällen hatten 31 Individuen ein Alter von 30 bis 40 Jahren, 11 ein solches von 40 bis 50 und einer das von 20 Jahren. Bei Gros und Lancéreaux finden sich 3 Fälle im Alter von 15 und 16 Jahren (die aber erst vom 7. resp. 14. Jahre ab syphilitisch geworden waren).

Ich möchte nun hieraus aber nicht den Schluss zugeben, dass alle das Kindes- resp. Jünglingsalter betreffenden Epilepsien zu den reinen idiopathischen, resp. zu den nicht syphilitischen gehören. Die acquirirte Syphilis ist ja meist die des Erwachsenen, die dem Arzte in ihrer Reinheit am meisten in Behandlung kommt. Demnach sind auch die von den späteren 1 bis 20 Jahre nach der Infection auftretenden Syphilisprodukten abhängigen Erscheinungen im späteren Alter beobachtet. Wir wissen aber auf der anderen Seite, dass auch die hereditäre Syphilis ganz dieselben Spätprodukte wie die acquirirte hervorbringt und zwar in ganz frühem Kindesalter nicht minder, wie im Jünglingsalter. Betreffs der Centralorgane sind auch bei Neugeborenen durch die Section sowohl diffuse syphilitische Processe als gummöse Bildungen constatirt. (Siehe Virchow l. c. und Lancéreaux, Traité de la syphilis 1873, Seite 430 u. w.)

Moscowits erzählt in seiner Abhandlung („De la syphilis tertiaire cranienne“ 1874) den einen 18jährigen Mann betreffenden Fall von im Leben verkannter hereditärer Syphilis, wo die Section Ostitis gummosa ergab. Wenn demnach die Syphilis auch im frühen Alter das Gehirn befällt, wenn andererseits die Epilepsie oft ein Symptom syphilitischer Gehirnerkrankung, zudem Epilepsie im jugendlichen Alter nicht selten ist, so muss es gewiss in demselben auch syphilitische Epilepsie geben. Wenn bis jetzt keine hieher gehörigen Fälle bekannt sind, so glaube ich, bei gehöriger Sichtung der Epilepsie des frühen Alters wird man manches Material in das syphilitische Gebiet hineinziehen und für erfolgreiche Curen klar stellen können. Jedenfalls

wird man die folgenden der syphilitischen Epilepsie mehr eigenthümlichen Erscheinungen für jedes Alter diagnostisch beachten müssen:

„Ist die Syphilis dem ersten Auftreten der Epilepsie vorausgegangen oder lassen sich noch äussere Zeichen der Syphilis nachweisen, so wächst die Wahrscheinlichkeit der syphilitischen Epilepsie.“

„Bei der syphilitischen Epilepsie sehen wir oft gleichzeitig oder ihr bereits vorhergehend oder aber auch folgend mehr weniger ausgesprochene Störungen der Gehirnfunctionen. (Die Intervalle zwischen den Anfällen zeigen Gehirnstörungen.) Hiezu rechne ich aus den von mir angeführten Fällen:

1. Störungen des Denkvermögens (Schwierigkeit beim Lesen, Briefschreiben); Störungen der Sprache (ungewöhnlichen Wortgebrauch resp. Ausdrucksweise); des Gedächtnisses; Schlaflosigkeit.

2. Mehr weniger heftigen Kopfschmerz beständiger Art.

3. Ausser den bleibenden namentlich die wieder vorübergehenden Para- oder Hemiplegien.“

„Die Einseitigkeit der Anfälle, die Erhaltung des Bewusstseins bei denselben ist mehr der syphilitischen Epilepsie eigenthümlich.“

„Epileptiforme Anfälle im Verein mit dem einen und anderen der hervorgehobenen Zeichen organischen Gehirnleidens machen namentlich bei früher constatirter Syphilis ihren syphilitischen Charakter fast sicher.“ Die Krampfanfälle beweisen hier den pathologischen Angriff auf die Gehirnhäute, die anderen Gehirnerscheinungen aber weitere Krankheitsprocesse des Schädelinhaltes, der Gehirnrinde, der Arterien, die wir ja öfter nebeneinander bei Gehirnlues erkrankt sehen.

Wir kommen aus Alledem zu dem Schlusse:

I. Epilepsie bei solchen, die vorausgegangene (acquirirte oder hereditäre) Syphilis hatten, ist der syphilitischen Herkunft verdächtig.

II. Epilepsie, unter unvollständigem Charakter der Anfälle sich zeigend, ist der syphilitischen Herkunft verdächtig.

III. Epilepsie mit anderen organischen Gehirnstörungen bleibender oder auch vorübergehender Art sich complicirend, ist der syphilitischen Herkunft verdächtig.

IV. Das Zusammentreffen dieser verschiedenen Umstände berechtigt zur Annahme der syphilitischen Epilepsie.

In Bezug auf Diagnose der syphilitischen Epilepsie gebe ich noch die Citate verschiedener Autoren.

Nach Reder (1868. Pathologie und Therapie der venerischen Krankheiten) bieten die epileptischen Erscheinungen Syphilitischer an und für sich nichts Besonderes. Zu ihrer Erkennung bietet ihr späteres Auftreten einen Anhaltspunkt.

Bei Zeissl (1871. Lehrbuch der Syphilis) heisst es: „Ob die Epilepsie auf syphilitischen Erkrankungen beruhe, kann z. Theil ex concomitantibus und noch am ehesten aus dem späten Auftreten derselben erschlossen werden. Die gewöhnliche Epilepsie macht sich meistens im Knaben- oder spätestens im Jünglingsalter bemerkbar. Treten nun epileptische Erscheinungen erst nach dem 30. Jahre auf, und sind syphilitische Erscheinungen vorausgegangen, so ist das Leiden höchst wahrscheinlich durch Syphilis bedingt.“

Nach Wunderlich (luetische Erkrankung des Gehirns, Sammlung klinischer Vorträge Nr. 93) sind Krampfformen jeder Ausdehnung und Intensität eine sehr häufige Aeusserung der Hirnlues. Gerade die epileptiformen Anfälle zeigen sich ungemein häufig in den verschiedensten Graden und sind wohl stets ein Zeichen schwerer Erkrankung. Die epileptischen Convulsionen sind meist nicht nur heftiger, sondern namentlich auch anhaltender als bei der gewöhnlichen Epilepsie und wiederholen sich in kürzesten Fristen. Dabei ist die Empfindlichkeit gegen äussere Reize und das Bewusstsein keineswegs immer aufgehoben.

Nach Heubner (luetische Erkrankung der Gehirnarterien. 1874) ist das Charakteristische der syphilitischen Gehirnstörung das Halbe, Unvollständige der schweren Erscheinungen. So finden sich epileptische Krämpfe mit Erhaltung des Bewusstseins. u. s. w.

Berkeley Hill (1868. Syphilis) hebt den plötzlichen Eintritt und die gedrängte Aufeinanderfolge der Anfälle, sowie ihr Auftreten im mittleren Alter hervor. In den Intervallen leide der Syphilitische häufiger an fixem Kopfschmerz, als der von reiner Epilepsie Betroffene.

Hughlings Jackson hält die einseitigen Krampfformen als besonders der Syphilis zukommend, namentlich wenn sie mit Neuritis nervor. optic. einhergehen.

Diday (1876. Thérapeutique des Maladies vénériennes) hat als Unterscheidungszeichen (?) der syphilitischen Epilepsie von der gewöhnlichen die Abwesenheit der Aura, ihre längere Dauer, ihr oft nächtliches Auftreten, auch zeigen sich die Anfälle in fortschreitend kürzeren Zeiträumen.

Lancéraux (1873. Traité de la Syphilis) hebt ausser dem Alter des Kranken (meist über 30 Jahre), der Abwesenheit epileptischer Antecedentien zur Unterscheidung der syphilitischen von der reinen Epilepsie — die Thatsache hervor, „dass die Anfälle, welche während des Verlaufes der Syphilis begonnen haben, mehr oder weniger beständige Störungen im Gefolge haben. Der specifischen Epilepsie sind die rapide Aufeinanderfolge der Anfälle mit Coma in ihren Intervallen, unvollständiger Verlust des Bewusstseins und zuweilen nachfolgende Hemiplegie eigenthümlich zum Unterschiede von der wahren Epilepsie.

Die Aura, der epileptische Schrei, der Schaum vor dem Munde können fehlen. Auch macht Lancéreaux auf das Befallenwerden einzelner Muskeln resp. einer Körperhälfte von den Krämpfen aufmerksam.

Fournier (l. c.) fasst als Unterscheidungszeichen folgende zusammen:

I. Verdacht auf Syphilis erregende:

1. Fehlen des Anfangsschreies bei syph. Epilepsie.

2. Grössere Häufigkeit der Paralysen, alsbald nach dem Anfalle auftretend.

3. Unvollständiger, einseitiger Charakter gewisser Krampfanfälle;

unvollständig durch Erhalten des Bewusstseins oder durch Begrenzung der Krampfanfälle auf eine Hälfte des Körpers (Hemispasmus der Engländer. H. Jackson).

Dagegen hat das nächtliche Auftreten der Anfälle oder das serienweise Auftreten sehr nahe aneinandergerückter Anfälle keinen diagnostischen Werth.

II. Am meisten für Syphilis sprechende Punkte:

1. Die Intervalle sind weniger frei von krampfhaften Störungen.

2. Die syphilitische Epilepsie ist häufig begleitet von Paralysen oder Neuritis optic. in Folge cerebraler Ursache.

3. Syphilitische Antecedentien, aber auch das Alter, in welchem sich die Epilepsie zum ersten Male zeigt.

4. Der demonstrativ heilende Einfluss der specifischen Behandlung auf die Anfälle."

Die syphilitische Epilepsie ist der specifischen Behandlung sehr zugänglich; es sind durch eine solche viele Heilungen constatirt. Der Gedanke, dass die syphilitische Epilepsie ein Zeichen der begonnenen (indirecten oder directen) Gehirnerkrankung ist, d. h. einer bereits eingetretenen schweren Krankheitsform, die unaufgehalten, zwar oft unbemerkt aber unerbittlich ihre weiteren Ablagerungen macht, schreibt ein schnelles und strenges Einschreiten vor. Hiezu eignet sich ganz besonders eine grosse mercurielle Behandlung, die eventuell zu wiederholen sein würde. Diese wird, wie es auch in der Sammlung klin. Vorträge Nr. 93 von Wunderlich hervorgehoben wird, durch den Mitgebrauch der Aachener oder ähnlicher Thermen wesentlich gefördert. Der begründete Verdacht auf den syphilitischen Charakter der Epilepsie rechtfertigt oder verlangt vielmehr schon diese Behandlung, auch ohne dass weitere Symptome sich angekündigt hätten. Warten, bis solche eingetreten sind, heisst Erscheinungen rufen, die wir gar oft dann nicht mehr los werden. Die Behandlung muss bei etwaiger Complication nicht allein die Beseitigung der epileptischen Anfälle anstreben, sie muss auch die daneben einhergehenden anderen cerebralen Erscheinungen zu heilen streben. Sie muss desshalb auf genügend lange Zeit ausgedehnt werden.

Ueber Sensibilitäts-Neurosen der Haut[1].

Von

Prof. Kaposi

in Wien.

Die Sensibilitäts-Neurosen der Haut stellen sich dar als excessiv gesteigerte Empfindlichkeit — Hyperästhesie, oder verminderte bis aufgehobene Empfindung — Anästhesie. Beide können überdies nur als qualitative Alterationen sich vorfinden, so im ersteren Falle als Hyperalgesie — vermehrte Schmerzempfindung gegen gewisse Eindrücke; im letzteren als Analgesie, verminderte Empfindungsfähigkeit gegen gewisse Eindrücke, z. B. gegen Druck, oder verminderter Temperatursinn, Localisationssinn u. s. f.

Eine gesonderte Anführung dieser Neurosen ist deshalb ohne Belang, weil sie unter den Verhältnissen, welchen sie, als wahre, reine Neurosen, ihre Entstehung verdanken, in der Regel ohne jegliche bestimmtere Ordnung und Localisation und in vielfacher Abwechslung auftreten.

Als solche fast ausschliessliche[2]) Veranlassung ist die Hysterie anzusehen.

Von ihr sagt Hasse[3]): „Man hat auch hier theils Analgesie,

---

[1]) Aus dem demnächst erscheinenden 3. (Schluss-) Hefte des 2. Bandes des Lehrbuches der Hautkrankheiten von Hebra und Kaposi.

[2]) Die der Lepra angehörigen Neurosen können wir eben so wenig wie die die bekannten Gehirn-Rückenmarks- und Nerven-Affectionen begleitenden Neurosen hier berücksichtigen, weil sie eben als Theile des jeweiligen grösseren Symptomen-Complexes und nicht als Hautneurosen pur et simple erscheinen.

[3]) Spec. Pathol. u. Ther. Redig. v. Virchow. 4. Bd. I. Abth. p. 199.

theils Verminderung oder Aufhebung des Gefühls für Temperaturunterschiede beobachtet.... Sie ist am häufigsten bei den hysterischen Anfällen, kommt aber auch ausser denselben vor; sie ist bald vorübergehend und partiell (vorzüglich auf dem Hand- und Fussrücken), bald lange andauernd und verbreitet, zuweilen halbseitig; sie tritt auf und verschwindet wieder ohne merkbare Veranlassung; am ehesten scheinen noch psychische Eindrücke von Einfluss."

Weiter sagt Hasse über die hysterische Haut-Anästhesie: „Es ist für jetzt unmöglich über die Natur dieser Anästhesie zu entscheiden. Ist sie in der veränderten Perceptionsfähigkeit der peripherischen Enden der Nerven, oder in derjenigen des Centralorganes begründet? Ist hier die Leistungsfähigkeit der Nervenfaser durch Ernährungsstörungen beeinträchtigt? Das letztere ist kaum wahrscheinlich wegen des häufigen Wechsels der Symptome während der gleichmässigen Fortdauer der ganzen Krankheit."

Die Anästhesie kann eine absolute sein und sich bis auf die unterliegenden Gewebe erstrecken. Dahin gehören die Fälle Hysterischer, welche sich Nadeln tief unter die Nägel einstechen, brennen und kneipen liessen, ohne zu reagiren — Fälle, die nicht selten zum Vorwand des Aberglaubens und des Heiligen-Kultus dienten.

Die Räthselhaftigkeit dieser Anästhesien wird nur noch durch den Umstand erhöht, dass sie, wie urplötzlich entstanden, auch eben so plötzlich schwinden, oder den Ort ändern können und keineswegs den anatomisch vorgezeichneten Nerventerritorien zu entsprechen pflegen.

Von den Alterationen der Hautempfindung ist es besonders Eine, welche den Dermatologen ganz vornehmlich interessiren muss. Es ist das Hautjucken, Pruritus.

Die Empfindung des Juckens an und für sich ist keine pathologische, sondern eine wahrhaft physiologische Aeusserung der sensiblen Hautnerven, welche auf gewisse Reize gerade so auftreten muss, wie die Empfindung von Brennen bei der Berührung eines heissen Körpers. Sie ist so ganz und gar physiologisch, dass wir sicherlich und mit Recht die Haut als krank, als anästhetisch, oder in der Empfindung herabgesetzt ansehen müssten, welche auf die entsprechenden Reize, z. B. von Acarus scabiei,

oder von Eczem nicht mit der Empfindung von Jucken antworten würde[1]).

Als solche Jucken erregende Zustände kennen wir neben den mechanischen Berührungen eigener Art (Kitzeln mittelst des Fingers, Wollkleidern etc.), Druck durch Bänder (Strumpfbänder), Gürtel, Bandagen etc. gewisse Hautkrankheiten, die in den vorausgehenden Abschnitten dieses Werkes auch in dieser Richtung besprochen wurden, namentlich Urticaria, Eczem, Prurigo und Scabies. Nur eine anästhetische Haut könnte unter solchen Umständen das Jucken vermissen lassen.

Es gibt jedoch einen Pruritus der Haut, welcher ohne derartige Ursachen auftritt, ein Leiden für sich darstellt und welchen wir demnach als wahre Neurose der Haut anführen unter dem Namen

Pruritus cutaneus, Hautjucken.

Schon bei der Abhandlung über die von uns „Prurigo" genannte und von uns als typisch streng unterschiedene und charakterisirte Krankheitsform (s. I. Th. d. Lehrb. d. Hautkrankh. 2. Aufl. pag. 561 et sequ.) haben wir die geschichtlichen Daten geliefert, aus welchen erhellt, dass bis zu der Zeit, als wir (Hebra) die Begriffe für beide diese pathologischen Zustände festgestellt hatten, dieselben — Prurigo und Pruritus — von dem grössten Theile der Autoren fast unterschiedlos gebraucht, oder wenigstens nicht sachgemäss von einander gehalten wurden.

---

[1]) Anmerkung. Ueber die inneren Vorgänge, welche Schuld sind, dass gewisse Einwirkungen auf die Hautnerven von allen möglichen Empfindungsäusserungen derselben (Schmerz, Brennen, Wärme-, Kälte-, Tast-Empfindung etc.) gerade das Jucken hervorrufen, fehlt uns jegliches Verständniss. Hebra scheint damit an's Richtige zu streifen, wenn er meint, dass sanfte und oft sich wiederholende kurze Berührungen das Jucken erregen. Das gilt für Jucken in Folge von Kitzeln. Das Jucken, welches bei Varicositäten der Venen auf den Unterschenkeln sich einstellt, erklärt Hebra analog durch den sanften und oft sich wiederholenden Reiz von Seiten des in den kleinsten Gefässen bald langsam, bald schneller fliessenden Blutes auf die Papillen-Nerven. Für das Jucken bei Eczem, bei Prurigo fehlt uns jede Erklärung, da anatomisch ähnliche Zustände, wie Lichen scrophulosorum, Pemphigus etc. oder zellige Infiltration des Coriums und der Papillen, wie bei Syphilis, Lupus etc. ohne Jucken einhergehen.

Wir heben aus der an jener Stelle dieses Werkes gegebenen historischen Darstellung nur hervor, dass, wenn auch die Mehrzahl der Autoren Pruritus und Prurigo promiscue für alle mit und ohne sichtbare pathologische Veränderungen verbundenen, aber mit Jucken vergesellschafteten Hautaffectionen gebrauchten, es doch auch Schriftsteller gegeben hat, welche den Namen Pruritus ausschliesslich für eine Hautaffection reservirten, die eben nur in der Sensibilitäts-Anomalie des „Juckens“ besteht, ohne dass das Hautorgan sichtbare pathologische Veränderungen, wie Pusteln, Knötchen, Quaddeln, erkennen liesse, die das Jucken veranlassten. So definirt schon Galenus den Pruritus als ein juckendes Gefühl der Haut, welches durch Ausscheidung von Auswurfstoffen entstünde. Der sonst in Bezug auf Dermato-Pathologie nicht sehr mustergiltige Mercurialis schreibt noch deutlicher: Praeterea in aliis affectibus, qui junctum habent pruritum, a cute semper emanat aliqua sanies, in prurito nihil emanat. Und der in der Literatur der Krätze oft citirte Hafenreffer definirt in einer für seine Zeit wahrhaft klassischen und auch für uns ohne Weiteres annehmbaren Weise: Pruritus est tristis sensatio desiderium scalpendi excitans, sine cutis asperitate vel exulceratione. Trotz dieser für unsere Auffassung allerdings passenden Definition lehrt die weitere Darstellung dieser Autoren, dass sie unter dem Namen Pruritus allerlei mit Jucken verbundene Hautkrankheiten verstanden haben, gerade so wie dies, allerdings mit einiger Einschränkung, auch noch bei Willan der Fall war. Nur hatte dieser statt Pruritns die Klasse Prurigo aufgestellt.

Unter Prurigo, welche er als mitis, formicans, senilis und localis aufführte, hatte Willan sowohl eine Affection angeführt, welche unserer Prurigo entsprechen mag (mitis und formicans, Prurigo c. papulis) als auch jene Affection, welche zum Theile unserem Begriffe Pruritus entspricht (senilis und localis — Prurigo sine papulis). Aber auch nur zum Theile, da Willan offenbar auch das Jucken in Folge von Epizoen (pediculi vestimentorum) als Prurigo senilis anführt, — ein Ansinnen, welchem er sowohl wie spätere Autoren in der Aufstellung einer Species Prurigo pedicularis (Psoride papuleuse pédiculaire, Alibert) gerecht wurden.

Die späteren englischen (Green, Plumbe, Hillier, Wilson) und französischen Autoren (Devergie, Rochard, Gibert, Chausit,

Cazenave etc.) tragen allenfalls der Thatsache, dass es ein Hautjucken als für sich bestehende Affection gibt, dadurch Rechnung, dass sie, wie Willan, der Prurigo cum papulis eine Prurigo „sans papules" entgegensetzen, mengen aber dennoch die Affectionen unter einander, indem sie z. B. die Prurigo podicis bald zu derjenigen „cum" bald zu der „sine" papulis stellen, nicht zu reden von der Prurigo pedicularis, die bei Keinem von ihnen fehlt, obgleich sie weder der Prurigo noch dem Pruritus angehört [1]).

Als Pruritus (Pruritus cutaneus) bezeichnen wir ein chronisches Hautleiden, welches sich einzig und allein durch die Monate und Jahre andauernde Empfindung des Juckens kundgibt, während auf der so betroffenen Haut entweder keinerlei Efflorescencen und anderweitige Veränderungen, oder nur solche sich vorfinden, welche lediglich als Folgeerscheinungen des Kratzens sich ergeben, zu welchem das Jucken jedesmal Veranlassung gibt.

Symptome, Aetiologie und Bedeutung des Pruritus sind verschieden je nach der Localisation des Uebels, nach welcher Beziehung wir unterscheiden müssen 1. Pruritus universalis und 2. Pruritus localis.

1. Pruritus universalis.

Es stellt das über den ganzen Körper verbreitete Hautjucken dar.

Das Uebel entwickelt sich allmälig unter merklichen Anfängen und ohne auffällige Veranlassung. Es fällt den Betroffenen selbst erst auf, wenn sich das Jucken und ein damit verbundener grösstentheils subjectiver Symptomen-Complex bereits durch viele Tage und Wochen erhalten oder gesteigert hat.

Das einzige charakteristische Symptom ist die subjective Erscheinung des Juckens. Es befällt die Kranken zu wiederholten Malen des Tages und für verschieden lange Zeit. In den grösseren oder geringeren Zeitintervallen sind die Kranken gänzlich oder beinahe frei vom Jucken.

Der regelmässigste und stärkste Anfall gehört dem Abend oder der Nachtzeit an. Während der Patient, um das nächtliche

[1]) S. pag. 614 I. Thl. des obcit. Werkes 2. Aufl. und Hebra: Ueber die sogenannte Läusesucht.

Lager aufzusuchen, sich entkleidet, beginnt schon da und dort am Stamme, an den Extremitäten, besonders an den Stellen, welche von Gurten, Strumpfbändern, Hosenträgern etc. gedrückt waren, erst leise, allmälig immer heftiger und ungestümer das Jucken. Anfangs sucht der Kranke die sanfte Mahnung zu ignoriren, dann trachtet er ihr durch gelindes Reiben mit den Fingerspitzen zu begegnen, bald aber fährt er mit den Fingernägeln energisch drein. Mit dem Kratzen steigert und verbreitet sich auch das Jucken proportional. Es durchläuft wie ein elektrischer Strom den ganzen Körper, jetzt taucht das Jucken hier, nun dort, vereinzelt, an verschiedenen Stellen zugleich auf. Bald hat der Unglückliche nicht Hände und Finger genug, alle die ungestüm mahnenden Stellen zu treffen. Er fährt nun ohne alles System in grossen Strichen die Haut ab, mit ganzer Kraft, für nichts mehr Sinn, als die quälende Haut recht energisch zu treffen und nur befriedigt, wenn die Nägel an einer so recht juckenden Stelle gehörig tief eingedrungen sind. Denn da, wo er es zur blutenden oder fast blutenden Excoriation gebracht hat, da, wo das Gefühl von Brennen eintritt, da schweigt die ungleich lästigere Juckempfindung.

Eine halbe Stunde mag die aufregende Qual gedauert haben. Nun ist die Juckempfindung besänftigt. Das Brennen, der Schmerz, der hier und da durch die Nägel veranlasst worden, die Empfindung der Gluth, der erhöhten Wärme über die ganze Haut, sie sind wahrhaft beruhigend gegenüber dem Stürmen und Jagen des Juckens und der es begleitenden allgemeinen Nervenaufregung.

Der Kranke legt sich in's Bett. Er schläft bald ein. Doch leider für kurze Zeit. In der Wärme des Bettes stellt sich alsbald wieder das Jucken ein. Bei Vielen kommt erst hier der heftige Anfall, der eine bis mehrere Stunden andauern kann. Die Kranken wälzen sich unruhig auf ihrem Lager. Oft springen sie, wie von der Tarantel gestochen, trotz aller moralischen Kraftanstrengung, unfähig länger an sich zu halten, aus dem Bette und fahren mit aller Wuth kratzend auf die Haut los, suchen sich da, wo sie mit den Nägeln nicht oder nicht rasch genug hinreichen können, die Haut durch Berührung mit kalten Körpern, der kalten Wand, dem steinernen Estrich u. s. w. zu kühlen, bis sie endlich wieder ihr Lager aufzusuchen und einigermassen Ruhe halten können.

Eingeschlafen sind sie von ihrer Pein nicht ledig. Sie verfolgt sie in ihren Träumen unter den mannigfaltigsten und abenteuerlichsten Gestalten. Bald träumt der Arme, dass er seinen Lieblingshund streichele, und wie dies dem Hunde behagt, so streichelt er darauf los, erst sanft, dann energischer und immer fort darauf los mit den Nägeln, er ist ganz ausser Athem vor Kratzen, er kann gar nicht absetzen — da erwacht er plötzlich, der Lieblingshund war seine eigene Haut, und dass er nur diese im Traum gekratzt, davon zeugen die vielen schmerzenden und brennenden Excoriationen.

So träumt er ein anderesmal, dass er den Boden zu scheuern habe, oder zu hobeln, oder die Zimmerwände abzukratzen, — immer bewegen sich die Traumgebilde in anologen Formen und immer ist deren Substrat seine eigene kranke Haut.

Erst in den Morgenstunden legen sich die unruhgepeitschten Empfindungswogen und stellt sich ein ruhiger Schlaf ein, — zu kurz, um dem so hart Heimgesuchten die ersehnte physische und moralische Erquickung zu bringen. Die besten sind die der Morgenzeit. Im Verlaufe des Tages treten mehr oder weniger unregelmässige und ungleich dauernde Anfälle auf, spontan oder auf Gelegenheitsursachen. Als solche erweisen sich körperliche und geistige Aufregung, Gemüthsaffecte plötzlicher und unangenehmer Art, wie Zorn, Ungeduld, das gezwungene Ausharren bei einer bestimmten Beschäftigung, an einem bestimmten Orte, im Theater, in Gesellschaft, das Bewusstsein der Zwangslage, die Furcht selbst vor einem Anfalle, der blosse Gedanke an die Möglichkeit des Anfalles und die Verlegenheiten, die er für ihn in einer fremden Umgebung mitbringen müsste, — wie man sieht meist psychische Momente, — all' dies genügt, um sofort erst leise, dann heftiger das Jucken und sofort einen Juckanfall erscheinen zu machen.

Der Impetus scabendi, der Drang zum Kratzen ist unwiderstehlich. Die grösste moralische Anstrengung vermag ihm nicht zu widerstehen. Je länger er unterdrückt wurde, desto heftiger macht er sich mit elementarer Gewalt geltend, alle Rücksichten der Ueberlegung, des gesellschaftlichen Zwanges bei Seite schiebend. Mitten in der Conversation, oder bei offener Szene im Theater muss der Pruritus-Kranke auffahren, Alles im Stiche lassen, gleichgültig zu welchen Glossen er Veranlassung geben mag, um ein einsames

Plätzchen aufzusuchen, wo er die ihn quälende Haut seinen rächenden Nägeln preisgeben kann.

Und diese aufregende Pein, dieses stetige Aufgescheuchtwerden aus dem für den Berufs- und gesellschaftlichen Verkehr so nothwendigen Gleichmuth und der Selbstbeherrschung raubt nicht selten dem Unglücklichen allen moralischen Halt, die Kraft, die doppelte, moralische und physische Pein zu ertragen. Inmitten der Exaltation eines Anfalles, oder in der Melancholie und Misanthropie, zu welcher sie aus der Gesellschaft allmälig zurückgedrängt werden, hat Mancher der Pruritus-Kranken zu dem Muthe der Verzweiflung sich aufgerafft, den zu lang dünkenden Lebensfaden durch einen gewaltsamen Eingriff zu durchreissen.

Als objective Erscheinungen finden sich bei Pruritus universalis nur unregelmässig zerstreute Kratzeffecte, frische und ältere in Gestalt von strichförmigen und in der unregelmässigsten Weise combinirten Borken, braunrothen, dunkelbraunen bis schwarzbraun pigmentirten Flecken. Nebstdem zeigt sich die Haut von fahler, welker Beschaffenheit, wenig transpirirend, im Unterhautzellgewebe fettarm. Hie und da finden sich unbedeutende Anfänge eines squamösen oder pustulösen Eczems.

Bei längerer Dauer des Uebels macht sich dessen Einfluss, namentlich die Wirkung der Schlaflosigkeit auch auf die Gesammternährung in ungünstiger Weise geltend. Oder es ist das den Pruritus bedingende Uebel selber weiter fortgeschritten und veranlasst die Ernährungsstörung. Die Kranken magern ab, werden marastisch und gehen unter den verschiedenartigsten Complicationen zu Grunde.

Ein Theil der veranlassenden Ursachen des Pruritus universalis ist uns bekannt, obgleich auch bei diesen der eigentliche Zusammenhang zwischen ihnen und der eigenthümlichen Erregung der Papillarnerven unserem Verständniss vollständig entrückt ist.

Als zumeist bekannte und nach ihrer Art auch als typisch zu betrachtende Veranlassung haben wir den Marasmus senilis anzugeben. Das in diesem Zustande entspringende Hautjucken ist schon lange Zeit bekannt und seit Willan von den Autoren als Pruritus senilis angeführt.

Der Pruritus senilis unterscheidet sich in seinen Erscheinungen durchaus nicht von dem Pruritus universalis, welcher aus

anderen Ursachen entstanden ist. Es ist lediglich das Zusammentreffen desselben mit den allgemeinen Erscheinungen des senilen Marasmus, ja in manchen Fällen einzig und allein mit dem hohen Alter des Individuums, ohne dass der Marasmus sich besonders auffällig machen würde, welches die Affection zum Pruritus senilis stempelt. Die welke, trockene Beschaffenheit der Haut ist bisweilen gar nicht sonderlich ausgeprägt. Dass ein 60—70jähriges Individuum unter den Qualen, welche ein Pruritus universalis ihm bereitet, relativ rasch in der Ernährung herunterkommen wird, ist a priori zu erwarten. Dennoch kann das Leben lange Jahre sich hinziehen. Der Pruritus senilis begleitet dasselbe bis an sein Ende. Das Uebel ist unheilbar.

Für den Pruritus senilis könnte man die nächste Veranlassung in den Gewebsveränderungen sehen, welche das Gewebe der Haut, wie das der meisten übrigen Organe erleidet, und deren Eigenthümlichkeit schon von O. Weber ausführlich dargelegt wurde. In welcher Weise jedoch die periphersten Nervenenden selbst von der senilen Atrophie verändert und namentlich zu der anomalen Sensation des Juckens disponirt werden, ist uns bis heute vollkommen unbekannt.

Ausser der senilen Atrophie kennen wir theils, theils muthmassen wir als Ursachen des Pruritus universalis bei Personen mittleren Lebensalters zunächst und vorwiegend bei Männern zwischen dem 40. und 50. Lebensjahre chronischen Gastricismus mit dem Symptomen-Complexe von Druck in der Magen- und Lebergegend, Schwellung und Empfindlichkeit der Leber (sogenannte Leberanschoppung), träger Defäcation, Sodbrennen, Appetitmangel, allgemeiner Schwäche, Müdigkeit, unlustiger Stimmung.

Bei weiblichen Individuen ebenfalls mittlerer Jahre scheint der Pruritus universalis in den meisten Fällen auf theils noch in den Bereich des Physiologischen fallende, theils pathologische Functionsveränderungen des Utero-Genitalsystems zurückgeführt werden zu können. So haben wir bei einzelnen Frauen bei jedesmaliger Schwangerschaft Pruritus beobachtet, welcher mit der Entbindung aufhörte und erst während der folgenden Schwangerschaft sich wieder einstellte [1]).

---

[1]) Eine Analogie dieses Verhältnisses wäre in den Pemphigus-Erkran-

Bei der grösseren Zahl der weiblichen Pruritus-Kranken sind es Störungen der sexuellen Functionen pathologischen Charakters, doch nicht schwer wiegender Art, welche Pruritus zu veranlassen scheinen, mit deren Behebung auch das Hautjucken für immer oder zeitweilig weicht. Dahin gehören Dysmenorrhöe, Amenorrhöe, chronischer Infarct, Sterilität, besonders aber die Veränderungen, welche in der Genitalsphäre den Eintritt der klimakterischen Jahre bezeichnen.

Für beide Geschlechter kann Albuminurie, chronischer Morb. Brightii, Diabetes mellitus, Tuberculose, Krebs der Leber, des Uterus, des Magens und anderweitige Neubildungen die Veranlassung für Pruritus cutaneus abgeben. Diese ätiologischen Momente sind unter den aufgezählten wohl die positivsten und nicht gar selten gelingt es, aus dem Pruritus die Albuminurie oder den Diabetes vermuthungsweise zu erschliessen und durch die sofort vorgenommene Harnanalyse bestätigt zu finden zu einer Zeit, wo die Kranken noch keine anderweitigen Zeichen ihrer pathologischen Nierenfunction darbieten.

Inwieferne das Hautjucken bei erwiesener Albuminurie oder Glykosurie durch in die Haut abgelagerte Excretionsstoffe oder deren Zersetzungsprodukte bedingt ist, vermag die heutige Wissenschaft eben so wenig zu determiniren, als es erklärt ist, weshalb in einzelnen Fällen von mässigem Ikterus der heftigste Pruritus zugegen ist, während er ein andermal bei intensivem Ikterus vollständig fehlt, oder sich zur Zeit einstellt, wo der Gallenfarbstoff zum grossen Theile wieder aufgesogen und ausgeschieden worden ist.

Dass deprimirende psychische Affecte von anhaltender Dauer, wie Urticaria chronica, auch Pruritus cutaneus veranlassen können, scheint mir wahrscheinlich.

Nur für Pruritus senilis lautet die Prognose absolut un-

---

kungen zu sehen, welche bei einzelnen Frauen mit jeder Schwangerschaft wiederkehrend beobachtet werden (s. Hebra, Wiener med. Wochenschr. 1872 Nr. 48), wie denn überhaupt zwischen Pruritus cutaneus und Pemphigus nicht nur mit Bezug auf die Gleichheit der disponirenden Momente eine Homologie zu bestehen scheint. Im „Pemphigus pruriginosus" scheint mir diese auch pathologisch deutlich genug angedeutet zu sein.

günstig. Er ist unheilbar und begleitet den Kranken bis an's Lebensende. Die dem früheren Alter angehörigen und durch die angeführten Momente veranlassten Pruritus-Formen sind in demselben Maasse heilbar als ihre Ursache zu beheben ist, oder bessern sich auch, ohne dass jene Veranlassungen gänzlich beseitigt werden können. Dasselbe gilt für die Fälle von Pruritus, deren Aetiologie in dem Individuum nicht aufgefunden werden kann. Doch ist für alle Fälle die Dauer des Uebels eine unbestimmt lange.

Nicht nur der letztere Umstand empfiehlt grössere Vorsicht in der Vorhersage, sondern noch vielmehr die nicht zu übersehende Erfahrung, dass gar manche der dem mittleren Lebensalter angehörigen Pruritus-Fälle sich als ungemein hartnäckig oder gar unheilbar erwiesen; oder als Vorläufer eines nach Jahren zur Entwicklung kommenden Magen-, Leber-, Gebärmutterkrebses sich darstellen.

Bei der Geringfügigkeit der bei Pruritus universalis vorhandenen objectiven Erscheinungen und bei dem Umstande, als dieselben nur den Charakter der in Folge von Jucken überhaupt auftretenden Erscheinungen, der Excoriationen und ihrer Folgen (Pigmentstreifen und Flecken) darbieten, sind wir bei der Diagnostik des Pruritus cutaneus mehr als bei irgend einer Dermatose darauf angewiesen, dem subjectiven Symptome, hier dem „Jucken", der Art und Weise seiner Manifestation, seiner Dauer, Intensität etc., kurz auch den anamnestischen Daten ein entscheidendes Gewicht beizulegen. Wir sind jedoch keineswegs auf die letzteren ausschliesslich angewiesen. Im Gegentheile würde und dürfte die noch so entschieden vorgebrachte Behauptung eines Kranken, dass seit Wochen und Monaten mehreremals des Tages ein intensives und andauerndes Jucken sich bei ihm geltend mache, nicht den geringsten Glauben bei uns erwecken, wofern wir nicht in der Menge und Intensität der frischen und älteren Excoriationen und deren Spuren, der Pigment-Streifen und Flecken, die objective Bestätigung der Angabe fänden. Umgekehrt braucht es bei einem solchen thatsächlichen Funde gar nicht der bestätigenden Angaben des Kranken, da wir ohneweiters aus dem Vorhandensein zahlreicher, zertreuter Excoriationen und ihrer Pigmentresiduen auf ein seit längerer Zeit bestehendes Hautjucken mit Sicherheit schliessen dürfen.

Mit der Diagnose des Hautjuckens ist aber noch keineswegs die der Neurose Pruritus cutaneus gegeben. Es muss vorerst durch die strenge und sachgemässe Beurtheilung der vorliegenden Verhältnisse dargethan werden, dass das constatirte Hautjucken nicht als Symptom einer „juckenden“ Hautkrankheit, sondern als für sich bestehendes, selbstständiges Uebel zugegen ist.

Diese Aufgabe ist jedoch keineswegs leicht und nicht immer sofort zu lösen.

Es wird nicht viel Mühe kosten, die juckenden Hautkrankheiten Prurigo und Scabies auszuschliessen. Schwieriger ist dies oft mit Urticaria chronica, bei welcher, gerade so wie bei Pruritus cutaneus, zumeist der Stamm vom Jucken und demnach von den Excoriationen betroffen wird und dieselben ätiologischen Momente, wie bei der in Rede stehenden Krankheit obwalten können. Dasselbe ist der Fall mit Pemphigus pruriginosus, weil hier oft durch längere Zeit der Arzt nicht zur Ansicht einer Blase gelangt und nur Excoriationen sich vorfinden. Die Kranken zerkratzen sich nämlich an den sich röthenden oder mit einer Quaddel besetzten Stellen, welche die Basis für die kommende Blase abgeben soll, und diese kann, nachdem die Epidermisdecke schon vorweg zerstört worden ist, sich nicht formiren. Das zeitweilige Erscheinen von Quaddeln selber ist weder für Urticaria chronica und Pemphigus chronicus, noch gegen Pruritus cutaneus entscheidend, da unter allen Umständen bei heftigem Kratzen (so bei Scabies, Prurigo etc.) vereinzelt und gelegentlich Quaddeln aufzutauchen pflegen.

Es ist vielleicht richtiger zu sagen, dass in der Mehrzahl der Fälle erst eine längere Beobachtung die Diagnose des Uebels und dessen Differenzirung von den genannten zwei Affectionen zu sichern vermag und dass nur in wenigen Fällen dasselbe sofort angesprochen werden kann.

Nicht zu versäumen, und zur Completirung der diagnostischen Behelfe sowohl wie der therapeutischen Massnahmen nothwendig, ist die Eruirung des einen oder anderen der im Früheren angeführten ursächlichen Zustände, des Morbus Brightii, des chronischen Gastricismus u. s. f.

Weniger schwierig wird es sein, sich vor Verwechselung des Pruritus cutaneus mit Jucken in Folge von Urticaria acuta, Urti-

caria et Excoriationes e cimicibus et e pediculus vestimentorum zu schützen.

Pruritus localis.

Das örtliche Hautjucken als Neurose betrifft fast ausnahmslos die Genitalien und die Analgegend, sammt der angrenzenden Schleimhaut. Selten wird Pruritus localis auch an anderen Körpergegenden, besonders der Flachhand und Fusssohle angegeben. Noch seltener, aber nichts destoweniger wohl constatirt ist das Jucken an anderen Schleimhautpartien als den genannten, in specie an der Zunge, der Urethra. Die beiden erstgenannten Localisationen des Uebels sind es auch, welche ein vorwiegendes praktisches Interesse beanspruchen, weshalb wir denselben auch im Folgenden eine nähere Erörterung widmen.

Pruritus pudendorum muliebrium (Pruritus vulvae et vaginae. Das Jucken der weiblichen Schamtheile.)

Die Affection gibt sich durch lange Zeit durch keinerlei objective Erscheinungen zu erkennen. Es ist lediglich das subjective Symptom des Juckens, welches die Kranken angeben, durch welches die Krankheit sich charakterisirt.

Das Jucken tritt auch hier anfallsweise zu wiederholtenmalen des Tages, vorwiegend aber des Nachts auf. Es bleibt auf die Geschlechtstheile localisirt, namentlich die innere Fläche der Labien, die Schleimhaut des Scheideneinganges und die Clitoris. Wie qualvoll dieser Zustand der Kranken ist, vermögen diese selbst kaum zu beschreiben. Der Impetus scabendi zwingt die Kranken zu den heftigsten und nachdrücklichsten Insulten gegen die juckenden Genitalien mittels Kratzens, Reibens, Drückens etc. Trotz all' der genannten Manipulationen dauert der Juckanfall oft eine halbe bis mehrere Stunden fort und hört allgemach auf. Heftiges Brennen an den zumeist insultirten Stellen, Hitzegefühl in den Geschlechtstheilen, Röthung der Schleimhaut, vermehrte Schleimsecretion folgen einem solchen Anfall.

Dass die Kranken wegen der auf die specielle Oertlichkeit gerichteten Angriffe sich den Anschein von Onanisten, von mit Nymphomanie behafteten Personen geben, ist selbstverständlich.

Wahrhaft keusche Frauenspersonen leiden unter diesem so leicht auf sie fallenden Makel nicht wenig Gewissensbisse. Dass thatsächlich die Eine oder Andere zuweilen statt der Frottirung mit leblosen Gegenständen den lebendigen Coitus herbeisehnt oder herbeizuwünschen scheint, ist um so begreiflicher, als der Reiz eines leichten Pruritus der Geschlechtstheile wohl den specifischen sexuellen Reiz anzufachen vermag und die Kranken mit der Befriedigung des letzteren auch die quälende Juckempfindung zu besänftigen hoffen. Doch ist eine solche Kundgebung noch keineswegs die Aeusserung der Nymphomanie oder des gesteigerten Geschlechtstriebes überhaupt. Denn der vollzogene und befriedigende Coitus macht keineswegs dem Juckanfall ein Ende.

Wie der Pruritus universalis so ist auch der locale Pruritus pudendorum muliebrium von langer, durch Monate und Jahre anhaltender Dauer. Im Laufe der Zeit machen sich denn auch hier die örtlichen objectiven Folgen des oft wiederholten und intensiven Kratzens und Frottirens geltend. Sie erscheinen als Verdickung der Labien, trockene und spröde Beschaffenheit ihrer ebenfalls hypertrophirten und dunkel pigmentirten Epidermis, von Excoriationen und eczematösen Symptomen mehr oder weniger intensiven Grades.

Auch die Schleimhaut der Vagina wird nach und nach in dauernde Hyperämie versetzt; sie ist dunkelroth, heiss anzufühlen, secernirt reichlich purulenten Schleim, es kommt zeitweilig zu prononcirter Kolpitis.

Auf das Gesammtbefinden hat das örtliche Leiden einen nachtheiligen Einfluss. Die Schlaflosigkeit, die stetige enorme Nervenaufregung bringen die Ernährung herab. Appetitlosigkeit, Unlust, gemüthliche und geistige Depression vereinigen sich mit dem hartnäckigen und aufreibenden physischen Leiden, um den Betroffenen die Gesellschaft, die Familie zu entfremden, das Leben selbst zu verleiden.

Noch mehr ist dies der Fall, wenn, wie bei einzelnen Kranken, während der einzelnen Paroxysmen des Pruritus oder auch in den Zwischenpausen hysterische Zustände, Lach- und Weinkrampf, Muskelzuckungen und Aehnliches sich einstellen.

Ueber die Ursache des Pruritus pudendorum muliebrium ist uns sehr wenig bekannt. Zuweilen können ähnliche Momente

von Seite der Sexualfunctionen, wie für Pruritus universalis angegeben werden, wie Dysmenorrhöe, der Eintritt der klimakterischen Veränderungen, Sterilität, chronische Oophoritis, Neubildungen in genitalibus internis, bei Mädchen oft Helminthiasis. In mehreren Fällen unserer Erfahrung hat sich Pruritus pudendorum durch mehrere Jahre als Vorläufer-Symptom eines später zur Entwickelung gekommenen Uteruscarcinoms dargestellt. Es dürften vielleicht mehrere ähnliche Fälle bekannt sein, doch bleibt oft genug das ätiologische Moment des Pruritus pudendorum muliebrium vollständig unbekannt, so wie überhaupt die innere Beziehung der vermeintlichen Ursachen zur Affection selbst physiologisch unaufgeklärt ist.

Die Diagnose der geschilderten Erkrankung muss einzig und allein durch die Anamnese und die längere Beobachtung gesichert werden, da alle specifischen objectiven Erscheinungen fehlen. Zu bemerken wäre, dass in negativer Beziehung ein Fehler vermieden werden muss, nämlich Pruritus zu diagnosticiren, wo das Jucken nur Symptom eines chronischen Eczems der Labien oder Eczema marginatum ist. Ein solcher Irrthum wäre leicht möglich, weil bei langer Dauer des Pruritus die Schamlippen eczematös erkranken. Der Effect der Behandlung wird den Sachverhalt klarstellen. Bei Eczem wird eben unter der Behandlung und nach Retablirung der Labien das Jucken vollständig schwinden. Bei Pruritus vermindert sich das Jucken nicht merklich, auch wenn die Schamlippen ganz normal geworden sind.

Pruritus pudendalis marium.

Pruritus der männlichen Geschlechtstheile ist eine seltene Affection. Das Jucken betrifft vorwiegend den Hodensack und die Regio perinealis. Bei Einzelnen findet sich auch Jucken an der Harnröhrenmündung oder gar längs der ganzen Urethralschleimhaut. Wir haben so oft gefunden, dass das angegebene Jucken der Ausdruck eines Eczema scroti war, dass sicherlich viele Fälle von so genanntem Pruritus auf Eczem sich reduciren und thatsächlich auch mit der Heilung des Eczems schwinden. Dennoch kommen auch Fälle von reinem Pruritus hie und da vor. Das Uebel reicht aber keineswegs an Intensität, Lästigkeit und Folgen an die schon besprochenen Formen von Pruritus heran.

durch das Kratzen, Excoriationen und Eczemerscheinungen aufweisen. Nur sind wir nicht in der Lage, diesem Hautjucken eine bestimmte Localisation zuschreiben zu können. Wir haben gefunden, dass dieses Jucken ziemlich gleichmässig über den Körper verbreitet ist, seinen Ausgang aber zumeist von den Stellen nimmt, welche durch Bänder gedrückt werden, wie die Hüften, die Gegend wo die Strumpfbänder anliegen. Weiters haben wir Eczem-Erscheinungen sehr häufig schon gleichzeitig mit dem Jucken oder alsbald auftreten gesehen, gewöhnlich als Eczema papulosum, Eczema Sudamen.

Ich bin gleich Duhring geneigt, die Kälte als Ursache dieses Juckens und des eventuell damit combinirten Eczems zu beschuldigen, aber in zweiter Linie. Bei vielen Menschen bekommt die Haut unter dem Einflusse einer kalten und trockenen Atmosphäre eine trockene, rauhe Beschaffenheit. Ich glaube, dass dieser letztere Zustand der Haut als solcher die eigentliche, weil nächste Ursache des Juckens und Kratzens ist und die Kälte blos als entferntere Ursache hier zu erwähnen wäre.

Jucken und ein vollkommen analoger Zustand der Haut etablirt sich nämlich auch, wenn die Epidermis unter anderen Umständen consequent entfettet, trocken und spröde wird, z. B. unter dem Gebrauche von täglichen kalten Abwaschungen und Abseifungen.

Aus dem Grunde würde ich auch die als Pruritus hiemalis von Duhring bezeichnete Affection, die unzweifelhaft auch bei uns zu beobachten ist, naturgemässer an jene anderen Zustände anreihen, welche durch bekannte Ursachen veranlasst, ebenfalls vorerst mit Jucken beginnen, aber alsdann zum Eczem führen. So Jucken in Folge von Varices, von Schweiss, von mechanischem Druck, von Kratzen selbst, von Wasser, Seifen, etc. alles Verhältnisse, welche zunächst Jucken, sodann aber Eczem veranlassen.

Ich sehe mich deshalb veranlasst auch den Pruritus hiemalis Duhring's in die gleiche Kategorie wie die letztgenannten Processe zu stellen, ohne doch das Meritorische in den Angaben dieses Autors im mindesten abschwächen zu wollen.

Ein Leiden, wie das geschilderte, welches, gleichviel ob Pruritus universalis oder Pruritus localis, den damit Behafteten durch die qualvolle und höchst aufregende Empfindung des Juckens peinigt,

dabei in der Regel von jahrelanger, bisweilen sogar von lebenslänglicher Dauer ist, ein solches Leiden stellt dringende und immer wieder erneuerte Ansprüche an die Kunst der Therapie. Sie ist in vielen Fällen erfolgreich, in anderen erweist sie sich weniger ausreichend oder gar ohnmächtig.

Die Aufmerksamkeit muss in erster Reihe auf die Eruirung der Ursache des Pruritus gerichtet werden. Woferne diese gefunden worden ist und durch eine entsprechende Therapie beseitigt werden kann, ist auch für den Pruritus in Einem ein günstiger Erfolg zu erwarten.

Als eine solche Ursache des Hautjuckens haben wir früher chronische Leberanschwellung mit den Symptomen der Indigestion, Constipation, Druck in der Magengegend, Nausea angeführt. In solchen Fällen haben sich zu wiederholtenmalen der Kurgebrauch in Karlsbad, Marienbad oder der dorther bezogenen Wässer (Sprudel, Mühlbrunn, Kreuzbrunn) von der günstigsten Wirkung erwiesen. Bisweilen war eine ein- oder zweimalige Wiederholung der besagten Kur in auf einander folgenden Jahren nothwendig, bis bleibende Heilung erzielt wurde. Doch hatte schon eine einmalige 6—8wöchentliche solche Kur in den einschlägigen Fällen eine wesentliche Besserung des Uebels herbeigeführt. Nach vollendetem Cyklus der Thermal-Trinkkur, oder, im Falle eine solche nicht durchführbar wäre, überhaupt ist der methodische und den individuellen Verhältnissen angepasste Gebrauch von Soda, Magnesia, Rheum, Amaricantien und eine sorgfältige Regelung der Diät nothwendig und häufig genug auch erspriesslich.

Weniger bestimmte Angaben sind wir zu machen im Stande gegenüber den anderen früher aufgezählten ätiologischen Momenten des Pruritus cutaneus, sowohl des universellen, wie des localen Hautjuckens, wie gegen Diabetes, Morbus Brightii, die unterschiedlichen Affectionen des Uterus, der Ovarien. In allen derartigen Fällen wird der nach sorgfältiger und sachkundiger Untersuchung gewonnene Befund auch den Weg und die Mittel für die einzuschlagende Causal-Therapie an die Hand geben.

Ausserdem muss in allen Fällen, ob die Ursache der Krankheit eruirbar oder unbekannt ist, das quälende Symptom des Juckens bekämpft werden, um dem Kranken pro momento Erleichterung und namentlich Schlaf und nächtliche Ruhe zu verschaffen.

Leider verfügen wir in dieser Beziehung nicht über sehr verlässliche Mittel. Dennoch sind sie nicht zu verschmähen, da doch bald das eine, bald das andere einigermassen oder doch für einige Zeit den Erwartungen entspricht, und die grossen Leiden der Kranken zu immer erneuerten Versuchen drängen,

Vor Allem müssen wir hervorheben, dass das κατ᾽ ἐξοχὴν juckenmildernde Mittel, welches bei den sogenannten pruriginösen Dermatosen, bei Eczem und Prurigo von exquisiter Wirkung sich erweist, nämlich der Theer, gegen das Jucken bei Pruritus cutaneus vollständig wirkungslos ist.

Hier sind im Allgemeinen nur solche Mittel von einiger, wenn auch nur momentaner Wirkung, welche der Haut rasch Wärme entziehen und gelegentlich die Hautnerven durch die Kälteempfindung alteriren, oder die gleichzeitig eine locale relative Anästhesie oder Narkose bewirken.

Im ersteren Sinne wirken kalte nasse Einhüllungen nach der Methode der Kaltwasserkur, kalte Douchen ein- bis mehreremal des Tages; öfters des Tages, und namentlich beim Beginne eines Juckanfalles vorzunehmende Einpinselungen und Abwaschungen der Haut mit Essig, Essigwasser, Alkohol, Aether in beliebigen Combinationen und mit oder ohne Hinzuthat von Acid. carbolicum, Acid. salicylicum, Creosot und Aehnliches, etwa nach folgenden Formeln: Rp. Acid. carbolici scrupulum (1·50 Grm.), Spir. vin. gallici unc. sex (300 Grm.), Glycerin drachmam (5 Grm.); oder Aetheris Petrolei drachmam, Spir. vin. gallici unc. sex, Glycerin drachm.; oder Aetheris aceti drachmam ad unc. sex Alcoholis etc. etc. Auf die mit den genannten oder analogen Flüssigkeiten eingepinselten Hautparthien wird, so lange sie noch feucht sind, Puder gestreut, um die Verdampfung der betreffenden Flüssigkeiten in Etwas zu verzögern und deren kühlende, das Jucken mildernde Wirkung möglichst zu verlängern.

Warme Wannenbäder gewähren in einzelnen Fällen eine merkliche Erleichterung in den einzelnen Anfällen und bei consequentem Gebrauche auch eine Besserung des Gesammtleidens. In anderen Fällen veranlasst gerade das warme Bad eine Steigerung des Juckens bis zur Unerträglichkeit, so dass die Kranken in höchster Aufregung sich aus dem Bade flüchten.

Bisweilen erweisen sich medicamentöse Zuthaten zum Bade wie Soda (1—2 Pf. zu einem Bade) oder Sublimat (1—2 Drachmen) von wohlthätigem Einflusse. In letzterem Falle muss darauf geachtet werden, dass nicht Salivation sich einstelle.

Bei den verschiedenen Formen des Pruritus localis werden die gedachten Medicationen und Applicationen entweder gar nicht angewendet werden können, oder inwieferne dennoch, jedenfalls entsprechend modificirt werden müssen.

Bei Pruritus vulvae et vaginae können kalte oder warme Sitzbäder mit oder ohne Douche oder medicamentöse Beigaben (Soda, Sublimat, Alaun) sich vortheilhaft erweisen. Ausserdem werden Injectionen in die Vagina mittels einfachen Wassers, lauwarm oder kalt, mit oder ohne Zink, Alaun, Tannin versucht werden müssen. Nicht zu verachten ist die Methode der continuirlichen Abkühlung der Vaginalwände mittels des sogenannten Scheidenkühlers. Derselbe besteht aus einem mehrere Fuss langen Kautschukrohre, das durch einen eingeschalteten zapfenförmigen und blind endigenden, 4" langen, konischen Metallansatz in zwei ungleiche Hälften getheilt erscheint. Zum Gebrauche wird der Metallansatz in die Vagina eingeführt, während die Kranke eine halbliegende Stellung einnimmt. Der kürzere Theil des Schlauches wird zu diesem Behufe in ein höher gestelltes, mit (5—10 Liter) kaltem Wasser gefülltes Gefäss gesteckt. Das lange mit einem Sperrhahn versehene Rohr hängt in ein auf dem Fussboden stehendes leeres Gefäss. Es wird nun vor dem Gebrauche an diesem längeren Arme gesogen, dadurch in dem Schlauche ein luftleerer Raum geschaffen, dem alsbald das Wasser aus dem höher stehenden Gefässe folgt. Dasselbe passirt hiebei den eingeschalteten Metallansatz und gelangt in das untere Rohr. Der Hahn wird nun gesperrt. Hierauf wird der Metallansatz in die Vagina eingeführt und der Hahn geöffnet. Das Wasser rieselt nun continuirlich ab und wird, da es hiebei durch den Metallcylinder passirt, auf die Vaginalwände abkühlend und das Jucken mildernd wirken.

Es versteht sich von selbst, dass man ausserdem wiederholt in die Lage kommen wird, entweder behufs der Mitigirung und Abkürzung der einzelnen Anfälle oder der Krankheit überhaupt, zeitweilig oder methodisch (täglich, abendlich) Paregorica topisch oder allgemein anzuwenden: ersteres in Form von Suppositorien,

die in die Vagina oder in das Rectum eingeführt werden (Rp. Butyr. de cacao *scrupulum* (1·50) Laudan. puri gran. $^1/_4$ part.— gran. dimidium (0·02—0·04); oder Extr. Belladonnae $^1/_4$—$^1/_3$ gran; oder Morphin $^1/_6$—$^1/_4$ gran), oder von subcutanen Injectionen; letzteres mittels innerlicher Verabreichung von Morphin, Laudanum, Chloralhydrat, Inhalationen von Chloroform, Aether etc.

Ganz analog wird sich die Behandlung des *Pruritus analis* gestalten. Nur werden hier neben den narkotischen oder mit Creosot, Campher etc. versetzten Suppositorien noch vorzüglich Klysmata mit kaltem Wasser, oder Wasser mit Essig, Carbolsäure, Salicylsäure und Aehnlichem ihre häufige Anwendung finden.

Dass sowohl bei Pruritus analis als bei Pruritus vulvae ein eventuell vorhandenes Eczem der umgebenden Haut, der Analgegend, der Labien, des Perinäum wird gleichzeitig lege artis behandelt werden müssen, ist selbstverständlich.

Von *innerlichen* Mitteln, welche gegen Pruritus universalis oder localis direct, d. i. ohne eigentlich gegen die *Ursache* des Pruritus gerichtet zu sein, von bemerkenswerther oder verlässlicher Wirkung wären, wüssten wir kein einziges namhaft zu machen. *Arsen* speciell zeigt sich ohne alle Wirkung. Dagegen haben wir in einzelnen Fällen selbst von Pruritus senilis durch den innerlichen Gebrauch der *Carbolsäure* (10—16 gran de die in 2granigen Pillen) unzweifelhafte Verminderung des Juckens bewirkt. Allein der Effect war auch in diesen wenigen Fällen nur ein vorübergehender.

Nachtrag zu meiner klinischen Studie über das Pellagra[1])

von

Dr. **Wilhelm Winternitz** in Wien.

Nichts vermag die Verlässlichkeit der eigenen Argumentationen so fest zu stützen, wie der Nachweis, dass Autoren, denen unsere Anschauungen bisher ganz fremd geblieben sind, in der Wesenheit zu denselben Resultaten gelangen, wenn sie auch nicht den Muth haben, die nothwendige letzte Consequenz aus ihren Beobachtungen zu ziehen.

Durch die Freundlichkeit von Prof. Auspitz wurde ich auf einen Bericht über das Pellagra von H. Vandyke Carten[2]) aufmerksam gemacht, der die Ergebnisse meiner Studien vollkommen bestätigt.

Der Autor gesteht, dass die Resultate seiner Forschung vorwaltend negativ sind, da unter den italienischen Forschern selbst die grössten Meinungsverschiedenheiten über alle auf das Pellagra bezüglichen Fragen herrschen. Weder Ursachen, noch Symptome, noch die organischen Veränderungen der Krankheit sind unveränderlich; man hat eben bei dieser Krankheit alles Mögliche gefunden, da es die verschiedensten Krankheiten waren, die man als Pellagra bezeichnete.

Den strictesten Beweis für diese meine Ansicht liefert der Autor jedoch mit den 16 Krankengeschichten von Pellagra, die er aus dem „Ospedale maggiore" von Mailand mittheilt. In keinem einzigen dieser Fälle ist auch nur die geringste Berechtigung, sie für eine besondere Erkrankung zu halten, vorhanden. Es sei mir

---

[1]) Siehe II. Heft dieses Jahrg. pag. 151.

[2]) On certain endemic Skin and other Diseases of India and hot Climates generally. By Tilbury Fox and T. Farquhar. London 1876.

gestattet, einen Auszug aus einigen dieser Krankengeschichten hier folgen zu lassen.

1. Fall. Frau, 47 Jahre alt. Dauer der Erkrankung 1 Jahr. Symptome: Diarrhöe, leichte Abschuppung an den Händen, Oedem an den Füssen, keine nervösen Symptome.

2. Fall. Frau, 46 Jahre alt. Beginn der Erkrankung vor 8 Monaten. Bauchschmerzen — leichtes Fieber — Oedem an den Füssen — Trockenheit der Handrücken — kein Zeichen einer Eruption an den Händen — keine Nervenerscheinungen.

3. Fall. 76jährige Frau, leidet jeden Sommer an Diarrhöe, früher häufig Kopfschmerz und Schwindel — sehr leichte Abschuppung an den Vorderarmen.

4. Fall. 36jähriger Mann. Schwindel, Magenerscheinungen, Diarrhöe, leichtes Fieber — vor 5 Jahren leichtes Erythem an den Handrücken.

5. Fall. 53jähriger Mann. Die Krankheit begann vor 20 Jahren, jedes Jahr hatte er Abschuppung an den Händen und Diarrhöe. Jetzt keine besonderen Erscheinungen an den Händen. Er kam wegen leichter hydropischer Erscheinungen zur Aufnahme.

6. Fall. 42jähriger Mann, kommt seit 6 Jahren alljährlich wegen Diarrhöe in's Spital. Andere Erscheinungen fehlen.

Aehnlich sind die übrigen Krankengeschichten. Welcher Kranke kann nicht als mit Pellagra behaftet geführt werden, wenn man die hier angegebenen Symptome als Pellagra erklärt?

Das einzige Charakteristische für diese Fälle ist, dass die meisten schon seit Jahren zu bestimmten Zeiten das Spital aufsuchen. Alle unsere sogenannten Spitalsbrüder müssten wohl eben so gut als mit Pellagra behaftet geführt werden.

Dass ich auf die weiteren Ausführungen des Autors, den Vergleich des Pellagra mit der Lepra — der auch nur die Unähnlichkeit beider Krankheiten constatirt — und die übrigen theoretischen Deductionen nicht eingehe, wird dem Leser meiner Studie begreiflich sein.

Ich finde auch hier eine Stütze für meine Anschauung, dass man, um mich eines juridischen Ausdruckes zu bedienen, „wegen Mangels eines Thatbestandes“ über das Pellagra zur Tagesordnung übergehen müsse.

Aus den

Verhandlungen ärztlicher Körperschaften.

Die Syphilis-Debatte in der Pathological Society in London.

Im Februar d. J. hielt Jonathan Hutchinson einen Vortrag in der Pathological Society zu London über den heutigen Stand der Syphilis-Frage, worin er Gelegenheit nahm, seine Ansichten und seine Auffassung dieser Erkrankung in ihrer vollen Breite kund zu geben. An diesen interessanten Vortrag schloss sich eine Debatte, welche durch volle fünf Sitzungen der Pathological Society sich ausdehnte. Im Verlaufe derselben ergriffen gar viele Namen von gutem Klang das Wort und so gestalteten sich der Vortrag und die Debatte, als Ganzes betrachtet, als ein detaillirter Commentar über den Standpunkt, den heute die Wissenschaft in dieser pathologischen Frage einnimmt.

Hutchinson leitete seinen Vortrag damit ein, dass er sich als strengen Unitarier bekannte. Für ihn gibt es nur einen Schanker und wenn auf einen solchen keine constitutionelle Syphilis eintritt, so ist das eben ein Beweis, dass in diesen Fällen nur eine locale Form des syphilitischen Contagiums Platz gegriffen hat und dass diese durch irgend einen Umstand ihre Fähigkeit constitutionell zu werden, verloren hat. Diese Fähigkeit hat, wie H. behauptet, jedes syphilitische Product der sogenannten tertiären Syphilis verloren und auf diese Behauptung begründet H. seine Auffassung der Syphilis. Die Syphilis gehört nach der (nicht neuen) Ansicht H.'s in eine Reihe mit den fieberhaften Blutkrankheiten. Danach ist die Incubation allen diesen Affectionen in gleicher Weise gemeinsam, die Eruption fällt mit dem Auftreten des Schankers zusammen, das Stadium der Efflorescenzen ist gleichbedeutend mit dem Symptomencomplex, den man unter dem Namen secundäre Syphilis zusammenfasst und die tertiäre Syphilis will H. nur als Nachkrankheit betrachtet wissen. Diese verschiedenen Stadien liegen bei der Syphilis nur zeitlich in grösseren Zwischenräumen im Vergleich mit den anderen fieberhaften Blutkrankheiten auseinander und wird deren Verlauf häufig durch Gebrauch von Mercur modificirt. Aus die-

sem Grunde ist der Vergleich nicht alsogleich in die Augen springend. Im weiteren Verlaufe seiner Rede wendet sich H. der möglichst festen Begründung seiner Hypothese zu, die tertiäre Syphilis sei als reine Nachkrankheit aufzufassen. Während die secundären Formen noch übertragbar sind, sind es die tertiären nicht. Während daher bei der secundären Syphilis der Träger der Krankheit das Blut ist, ist das Gift bei der tertiären Syphilis nur mehr noch in gewissen Depots (nach Virchow in den Lymphdrüsen) niedergelegt, von wo aus es sich dann nur da wo ein locus minoris resistentiae vorliegt, manifestirt. Ausserdem tritt die secundäre Syphilis immer symmetrisch, die tertiäre immer asymmetrisch auf. Auch aus dem Erfolge der Behandlung lässt sich ein Unterschied erschliessen, indem gegen secundäre Symptome eine allgemeine Therapie vollkommen ausreicht, während bei tertiären Affectionen nur eine locale Therapie zum Ziele führt.

Was die Tuberculose und Scrophulose anlangt, so hält H. dieselben nicht für directe Folgen der Syphilis congenita, doch meint er, dass durch Hinzutreten der letzteren das Auftreten der ersteren begünstigt werde. Vom Lupus meint H., dass er mit Syphilis in keinem Zusammenhange stehe.

Aus der Debatte wäre hervorzuheben, dass die entwickelte Ansicht über die tertiäre Syphilis den grössten Widerspruch hervorrief. So wollte Paget in einer länger entwickelten Rede die tertiäre Syphilis unter allen Umständen für eine specifische Bluterkrankung angesehen wissen und behauptete, dass nur durch eine allgemeine Therapie, allerdings verbunden mit einer Behandlung der localen Symptome, es möglich sei, der Affection Herr zu werden.

Jenner entgegnete H., dass das symmetrische Auftreten der secundären Syphilis noch kein Beweis für eine acute Blutkrankheit sei, wie dies an dem häufig so unregelmässigen Verlaufe eines typhösen Fiebers ersichtlich sei. Ebensowenig sei das asymmetrische Auftreten der tertiären Syphilis ein Beweis dafür, dass diese als Nachkrankheit aufzufassen sei, denn z. B. in einer exquisiten Blutkrankheit, der Diphtheritis, seien die Nachkrankheiten ganz präcise und durch bestimmte Erscheinungen charakterisirt. Die übrigen Redner wandten sich hauptsächlich gegen den Punkt von H.'s Vortrag, dass die secundäre Syphilis so genau von der tertiären getrennt werden könnte. Danach müsste man mit dem Aufhören der secundären Symptome auch ein

Aufhören der Syphilis überhaupt annehmen. Dies sei aber entschieden unstatthaft.

In einer am Schlusse der Debatte gehaltenen Erwiederung kam H. auf alle besprochenen Punkte wieder zurück und suchte den gefundenen Widerspruch dadurch zu entkräften, dass die secundäre Syphilis unter Umständen durch Jahrzehnte latent bleiben, manche Einwürfe gegen seine Hypothese hierdurch ihre Erledigung finden könnten.

Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von den pflanzlichen Parasiten der menschlichen Haut.

Vortrag von Prof. Kaposi, gehalten in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 7. April 1876.

Bis vor einem Decennium konnte es — beginnt Kaposi — ziemlich leicht erscheinen, den naturwissenschaftlichen Charakter der auf der menschlichen Haut vegetirenden pflanzlichen Parasiten fasslich darzulegen und ihre Stellung in der Natur zu umgrenzen. In den letzten Jahrzehnten hat sich dies bedeutend geändert. Das bezügliche Material, bis dahin ziemlich geringfügig, ist seither zu einem erstaunlichen Umfange dadurch angewachsen, dass die neuere Pathologie von Tag zu Tag neue Organismen als Krankheit erregend gefunden und geltend gemacht hatte, so dass die Pathologie das ihr zugeführte bezügliche Material selbst nicht mehr zu bewältigen vermochte und deshalb dasselbe der Botanik zuwies. Gleichzeitig musste auch die Chemie des Gegenstandes sich bemächtigen, weil auch die Frage nach der physiologischen Wirkung jener Organismen aufgeworfen worden war. Auf alle die Vorfragen stehen noch heute die Antworten aus und nur Einzelne glauben dieselben gefunden zu haben. Der grösste Theil der Naturforscher spricht jedoch diesen Antworten jeglichen Werth ab. Bei dieser Sachlage bleibt als einziger Weg zur Orientirung der Verfolg des geschichtlichen Ganges der Ereignisse übrig. Seit Bassi und Balasma im Jahre 1835 einen Pilz, Botrytis Bassiana, als Ursache der als Muskardine bekannten Krankheit der Seidenraupe gefunden hatten, war die Aufmerksamkeit in gleicher Richtung auch bezüglich anderer ansteckender Krankheiten angeregt. Zuerst entdeckte Schönlein im Jahre 1839 den Pilz des Favus und bis gegen 1846 mehrten

sich analoge Entdeckungen bei verschiedenen anderen Hautkrankheiten durch Gruby, Eichstedt, Lebert, Günsburg u. A., bei Herpes tonsurans, Plica, Pityriasis versicolor etc. Die genannten Leistungen beschränkten sich auf die einfache Fixirung der Thatsache, dass bei den erwähnten Krankheiten Pilze vorkommen, und auf ihre naturgeschichtliche Beschreibung. Dass sie die Ursache der betreffenden Krankheit seien, wurde nicht bezweifelt, besonders nachdem Remak direct Favus von einem Individuum auf das andere übertragen hatte. Zugleich wurden die so gefundenen Pilze mit Zugrundelegung ihres jeweiligen pathologischen Fundortes als besondere pflanzliche Species hingestellt, und zwar als Achorion Schönleini, Mikrosporon furfur etc. Gleichzeitig wurden die genannten Gebilde zu den Pilzen, fungi, gezählt, während die bis dahin entdeckten analogen Gebilde auf Schleimhäuten (Psorospermien, Sarcina, Leptothrix) zu den Algen gerechnet wurden. Eine neue Richtung für das Studium der Hautkrankheiten eröffnete sich, als Hebra 1854 die Meinung aussprach, dass Herpes tonsurans und Favus mit einander verwandte oder vielleicht identische Processe wären, und durch frei in der Natur vegetirende Schimmelpilze bedingt sein mögen, da er wiederholt gesehen hatte, dass nach Application von feuchtwarmen Umschlägen Herpes tonsurans-Kreise und mit ihnen combinirt Favus aufgetreten seien. K. erörtert nun die damals gangbaren Ansichten über die Pilze, dass sie aus einem Thallus bestehen, sich durch Gonidien vermehren und unter günstigen Umständen ein Fructificationsorgan treiben, mit welchem ihre Entwicklung abschliessen sollte, und erläutert dies an einem concreten Beispiele, an Penicillium glaucum, dessen Fructificationsorgan in einer Pinselform sich darstellt. Für die auf der menschlichen Haut vegetirenden pflanzlichen Parasiten bestand der Uebelstand, dass an denselben kein Fructificationsorgan jemals beobachtet worden war, ein solches aber für die Bestimmung der Species unumgänglich nothwendig erachtet wurde. Es musste daher die wissenschaftliche Begründung der von Hebra ausgesprochenen Vermuthung auf anderem Wege gesucht werden. Diese Bestrebungen schienen einige Zeit lang von Erfolg begleitet zu sein. Man hat angegeben, durch den Einfluss von Penicillium auf die Haut Herpes tonsurans erzielt zu haben, weiters bei Uebertragung von Favus ebenfalls Herpes tonsurans gesehen zu haben; ferner bei Ueberimpfung von Herpes tonsurans zwar nicht Favus, aber mikroskopische Scutula gefunden zu haben — und endlich sogar an-

gegeben, dass es durch künstliche Züchtung von Favus gelungen sei, Schimmelpilze mit Fructificationsorgan zu ziehen. K. zeigt nun, dass diesen Angaben keinerlei Beweiskraft innewohnt und namentlich der letzte Theil derselben dadurch unbrauchbar wird, dass die verschiedenen Experimentatoren die verschiedensten und gleichzeitig verschiedenerlei Pilze bei dieser Züchtung gewonnen hatten, so dass man a priori eine Verunreinigung der Culturen annehmen musste. Inzwischen war jedoch auf dem Gebiete der Mykologie eine Reihe reformatorischer Entdeckungen gemacht worden, welche die ganze Basis des Pilzsystems umzustürzen drohten, die sogenannte Pleomorphie der Fructificationsorgane. Nach dieser von Tulasne gemachten, von Anderen vielfach erweiterten Entdeckung hat es sich herausgestellt, dass einzelne Pilze in einer bestimmten Reihenfolge verschiedene Fructificationsorgane hervorbringen, und dass viele Pilze, welche auf Grund einer einzigen Art von Sporen als besondere Species bisher gegolten hatten, nur Formengenera eines Pilzes wären. So mochte man es jetzt noch für wahrscheinlicher halten, dass es gelingen könnte, auch für die Dermatophyten nachzuweisen, dass sie eine Zwischenstufe in der Entwicklung irgend eines höheren Pilzes bildeten. Die Pleomorphie hatte jedoch von einzelnen Botanikern eine ganz unerwartet grosse Ausdehnung erlangt dadurch, dass die als Schizomyzeten bekannten kleinsten Organismen (Bacterien, Vibrio etc.) und die Hefe mit in den Bereich der Mykologie und Pathologie gezogen und vielfach mit den Dermatophyten und Schimmelpilzen in genetische Beziehung gebracht wurden. Als Träger dieser letztgenannten Ansicht führt Kaposi Hallier und seine Anhänger an. Er bespricht die Grundidee der Hallier'schen Lehre so weit ausführlich, als dies zum Verständnisse unumgänglich nothwendig erscheint, motivirt jedoch am Schlusse, dass die Hallier'sche Darstellung, auch wenn sie botanisch richtig wäre, selbst den Ansprüchen der Pathologie nicht gerecht würde, namentlich dass Hallier gerade jene beiden Formen der Hautkrankheiten Favus und Herpes tonsurans, welche klinisch für identisch imponiren könnten, von zwei wesentlich verschiedenen Pilzen ableitet, dagegen Herpes tonsurans und Pityriasis versicolor, welche gerade klinisch ganz different sind, von einem gemeinschaftlichen Pilze deducirt. K. zeigt aber ferner, dass die Botaniker auch die mykologischen Darstellungen Hallier's als jeder wissenschaftlichen und thatsächlichen Begründung baar erklären. K. prüft nun die entgegenstehenden An-

sichten der wissenschaftlich anerkannten Botaniker, speciell Ferdinand Cohn's, und zeigt in detaillirter Ausführung, dass auch dieser zwar den niederen Pilzen (Bacterien) durchaus keinen Zusammenhang mit den höheren Pilzen und den Hautpilzen zuerkennt, aber doch wieder dieselben zum Theil als Krankheit erregend geltend macht, ohne die Specificirung derselben in besondere, den einzelnen Krankheitsprocessen entsprechende Species botanisch motiviren zu können, so dass nach der kritischen Erörterung des Redners auch die Darstellung Ferdinand Cohn's weder über die Bedeutung der Schizomyzeten als Krankheitserreger, noch über ihren Zusammenhang mit den Dermatophyten Aufschluss zu geben vermag. In der neuesten Zeit hat nach Darlegung K.'s in der Mykologie ein abermaliger Umschwung in den Grundanschauungen über die Vegetation der Pilze Platz gegriffen, der wesentlich darin besteht, dass man neuerlichst die geschlechtliche Fructification als wichtigstes Kriterium für die Systemisirung derselben ansieht; denn man kennt nicht nur bei den meisten Thallophyten bereits solche geschlechtliche Fructification, sondern hat sie sogar bei dem gemeinen Schimmelpilze und bei einzelnen Algen nachgewiesen, und den mit dieser geschlechtlichen Fructification verbundenen Generationswechsel kennen gelernt. Dies hat besondere Wichtigkeit für uns, weil ein solcher Nachweis durch Brefels auch für den gemeinen Schimmelpilz, Penicillium, geliefert wurde. Darnach hat es sich herausgestellt, dass das, was bisher als Fructificationsorgan des Penicillium angesehen worden war, dies gar nicht ist, sondern nur eine Form von Gonidienabschnürung. Wenn man daher in Culturen Gonidien in Pinselform sieht, so ist damit durchaus nicht erwiesen, dass dies Penicillium sei, weil viele Pilze unter Umständen in derselben Form Gonidien abschnüren können. Erst die eigenthümliche geschlechtliche Fructification, welche der Vortragende für Penicillium detaillirt erörtert, bestimmt den Charakter der Species. Für die Systemisirung der Pilze des Favus, Herpes tonsurans etc. gilt demnach, dass sie insolange nicht durchführbar ist, als über deren Fructificationsorgan, eventuell über deren sexuelle Fructification kein Aufschluss gewonnen sein wird. Insolange bleibt es correct, wie de Barry schon 1866 in sehr kategorischer Weise sich geäussert hat, die auf der Haut vegetirenden Parasiten als solche und in der Morphe, in welcher sie sich eben da finden, als specifische Individuen zu betrachten, insofern sie eben individuellen Krankheitsformen angehören.

Ueber die Beziehungen von Hautkrankheiten zum Diabetes.

Vortrag, geh. von Prof. Pick in der Generalversammlung der deutschen Aerzte Böhmens in Carlsbad. Juli 1876.

Die Ansichten über die Beziehungen der Hautkrankheiten zu Krankheiten des Gesammtorganismus oder zu einzelnen Erkrankungen innerer Organe haben erst im Laufe der letzten Jahre eine grosse Wandlung durchgemacht. Hatte man bis in die 30er Jahre d. Jahrhunderts bei allem Wechsel in den Theorien über das Wesen der Krankheiten im Allgemeinen alle pathologischen Veränderungen in der Haut als kritische Processe angesehen, welche die Bestimmung haben den supponirten Krankheitsstoff, die Acrimonia sanguinis aus dem Körper herauszubefördern, so hat sich von diesem Zeitpunkte an, vorzugsweise angeregt durch die Entdeckung der thierischen und pflanzlichen Hautparasiten immer mehr die Ansicht Bahn gebrochen, dass die grösste Zahl der Hautkrankheiten idiopathische, nur das Hautorgan betreffende Processe darstellen, die daselbst nicht bloss primär sich entwickeln, sondern auch in ihrem ganzen Verlaufe ohne wesentliche Betheiligung des übrigen Organismus sich abwickeln, ja man ist vielfach in das Extrem verfallen und betrachtet die pathologischen Processe in der Haut so ohne alle Rücksicht auf den Gesammtorganismus, als ob die Haut keine physiologischen Functionen zu erfüllen hätte und eine krankhafte Störung dieser functionellen Thätigkeit nicht nothwendiger Weise auf den Organismus rückwirken müsste, sowie umgekehrt ein anderweitig erkrankter Organismus nicht ohne Einfluss auf die Beschaffenheit und die Functionen der Haut bleiben kann. Es ist unzweifelhaft, dass hier sowie fast überall, wo die Gegensätze scharf aufeinander platzen, die Wahrheit in der Mitte liegt, dass es also idiopathische und symptomatische Hautkrankheiten gibt und dass auch die ersteren unter gewissen Umständen deutliche Zeichen ihrer Rückwirkung auf den Gesammtorganismus oder einzelne Theile desselben darbieten.

Sowie wir aber um einen Schritt weiter gehen und von diesen allgemeinen Sätzen zu der Beantwortung der concreten Frage schreiten: worin bestehen im gegebenen Falle die Beziehungen der Hauterkrankung zur anderweitigen Erkrankung des Organismus und umgekehrt? werden wir uns der Schwierigkeiten bewusst, die einer Aufhellung dieser Ver-

hältnisse im Wege stehen, und wir begreifen sofort, wie es zu so contradictorischen Ansichten kommen konnte.

Bei der Erörterung der Beziehungen der beim Diabetes vorkommenden Dermatosen zum Diabetes muss man wie bei jeder derartigen Erörterung vorerst drei Momente in's Auge fassen:

I. Die Hauterkrankung kann eine idiopathische sein, die mit der anderweitigen Erkrankung einfach coincidirt, die sich daher gerade so entwickelt wie bei Individuen, die nicht an anderweitiger Erkrankung leiden und die höchstens durch die anderweitige Erkrankung in etwas modificirt wird.

II. Die Hauterkrankung ist aus einer Ursache entsprungen, aus der auch die anderweitige Krankheit hervorgegangen ist, sie kann also derselben vorausgehen, dieselbe begleiten oder ihr auch erst nachfolgen.

III. Die Hauterkrankung ist die directe Folge der Veränderungen, welche im Organismus durch die anderweitige Erkrankung gesetzt werden.

Wenn wir von diesem Gesichtspunkte aus die Hautkrankheiten betrachten, die beim Diabetes vorkommen, so können wir, wie Redner glaubt, dieselben, ohne den Thatsachen Zwang anzuthun, leicht in diese drei Gruppen bringen, wobei wir freilich nicht vergessen dürfen, dass, was wir mit derselben Diagnose bezeichnen, nicht immer aus derselben Ursache entspringen muss.

Es würde zu weit führen alle jene Krankheiten anzuführen, die in die erste Gruppe zu stellen sind, die einfach mit dem Diabetes coincidiren.

Hieher gehören nicht bloss die durch thierische und pflanzliche Parasiten hervorgerufenen Krankheiten, nicht bloss die acuten Exantheme, hierher gehört auch die Syphilis, die trotz ihres Charakters als chronische Infectionskrankheit sich gerade so wie die vorgenannten Krankheiten bei Diabetikern in ganz normaler Weise entwickelt und verläuft. Redner erläutert dies an einer Reihe von Beispielen und erwähnt noch des gewiss seltenen Auftretens von Diabetes bei seit Jahren bestandener Psoriasis, ohne dass diese dadurch modificirt worden wäre.

Er geht sodann auf jene Formen über, die zwar als blosse Coincidenzen auftreten, in ihrem Verlaufe aber durch den Diabetes modificirt werden. Er rechnet hieher eine Reihe von Eczemen, welche sich aus verschiedenen auch sonst Eczeme erzeugenden Ursachen entwickeln, wie die Eczeme an der inneren Schenkelfläche, an den Genitalien etc.

bei fettleibigen Individuen. Diese Eczeme erleiden je nach dem Grade des Diabetes und je nach dem Umstande, ob Polyurie vorhanden ist oder nicht, Abweichungen vom normalen Verlaufe, indem im letzteren Falle das nässende Stadium lange Zeit persistirt, im ersteren entweder gänzlich mangelt oder sehr unbedeutend ist und dafür das squamöse Stadium alsbald hervortritt. Zu dem kommt, dass die Intertrigo sich sehr gewöhnlich in das Eczema marginatum umwandelt, offenbar begünstigt durch die Verunreinigung der Stellen mit dem zuckerhaltigen Harn, der zur Ansiedlung von Pilzen ganz besonders disponirt. Redner führt diese Verhältnisse weiter aus, indem er schliesslich zu dem Resultate gelangt, dass trotz aller dieser Modificationen, welche bei dem Eingeweihten allerdings den Verdacht auf das Vorhandensein von Diabetes hervorrufen, dennoch alle diese Formen als einfach coincidirende Hauterkrankungen aufzufassen sind.

Eine andere Reihe von Eczemen, von denen später gesprochen wird, sieht er als directe Folge des Diabetes an.

Aus der zweiten Gruppe führt der Vortragende gewisse näher bezeichnete Formen von Pruritus cutaneus und Furunculosis an, die schon vor dem Auftreten von Diabetes vorhanden waren, auf Affectionen des Centralnervensystems zurückzuführen sind und die, wenn später Diabetes hinzutritt, als latente Diabetesfälle bezeichnet wurden, welche Behauptung der Vortragende zurückweist. Redner führt Beobachtungen solcher Pruritus- und Furunculosisfälle an und kommt zu dem Schlusse, dass nicht in allen aber in sehr vielen Fällen, in welchen der Pruritus und die Furunculosis dem Diabetes vorausgehen oder denselben begleiten, diese Erkrankungen nicht als die Folge des Diabetes aufzufassen sind, vielmehr aus derselben Grundursache hervorgehen, die den Diabetes hervorruft, und eine Stütze jener Ansicht darbieten, die den Diabetes auf Störungen zurückführt, die ursprünglich im Centralnervensystem auftreten.

Als Hautkrankheiten der dritten Gruppe, welche als directe Folge des Diabetes zu betrachten sind, zumeist hervorgerufen werden durch den Reiz, den der im Blute kreisende Zucker erzeugt, oder durch die Polyurie etc., bespricht der Redner gewisse Formen von Eczem, von Xerodermie, Pruritus und Furunculosis sowie den Carbunculus, endlich als Erkrankung der Hautadnexe eine eigenthümliche Affection der Mundschleimhaut, die er als Epitheliosis mucosae oris

bezeichnet und von ähnlichen durch Syphilis erzeugten Erscheinungen sondert.

Zum Schlusse betont der Redner die Wichtigkeit der Harnuntersuchungen bei den angeführten Krankheiten.

Ueber Molluscum contagiosum.

Vortrag von Dr. O. Simon, gehalten in der Sitzung der physiologischen Gesellschaft zu Berlin am 19. Mai 1876.

Dr. Simon hielt einen Vortrag „über Molluscum contagiosum und Condyloma subcutaneum“ und zeigte mikroskopische Quer- und Längsschnitte dieser Gebilde, sowie frische, den Geschwülsten entnommene Molluscumkörper. Wir geben den Hauptinhalt nach der „Deutschen med. Wochenschrift“ in Folgendem wieder:

Der histologische Sitz des Molluscum contagiosum wird von einigen Autoren (Zeissl, Hebra, Neumann) in den Talgdrüsen, von anderen Autoren (Virchow) in dem Haarfollikel gesucht. Retzius hat 1870 (Nordiskt med. Arkiv) zuerst beide Ansichten für irrthümlich erklärt und sucht den Sitz im Rete Malpighii. Vortr. muss sich auf Grund zahlreicher Untersuchungen für die letztere Ansicht erklären. Nie fand Vortr. Sebum in dem Inhalt der Geschwülste, nie Haare, nie zeigte sich bei beginnenden Mollusken eine degenerirte Talgdrüse oder ein Haarbalg, sondern stets ein in colossaler Proliferation begriffenes Rete Malpighii.

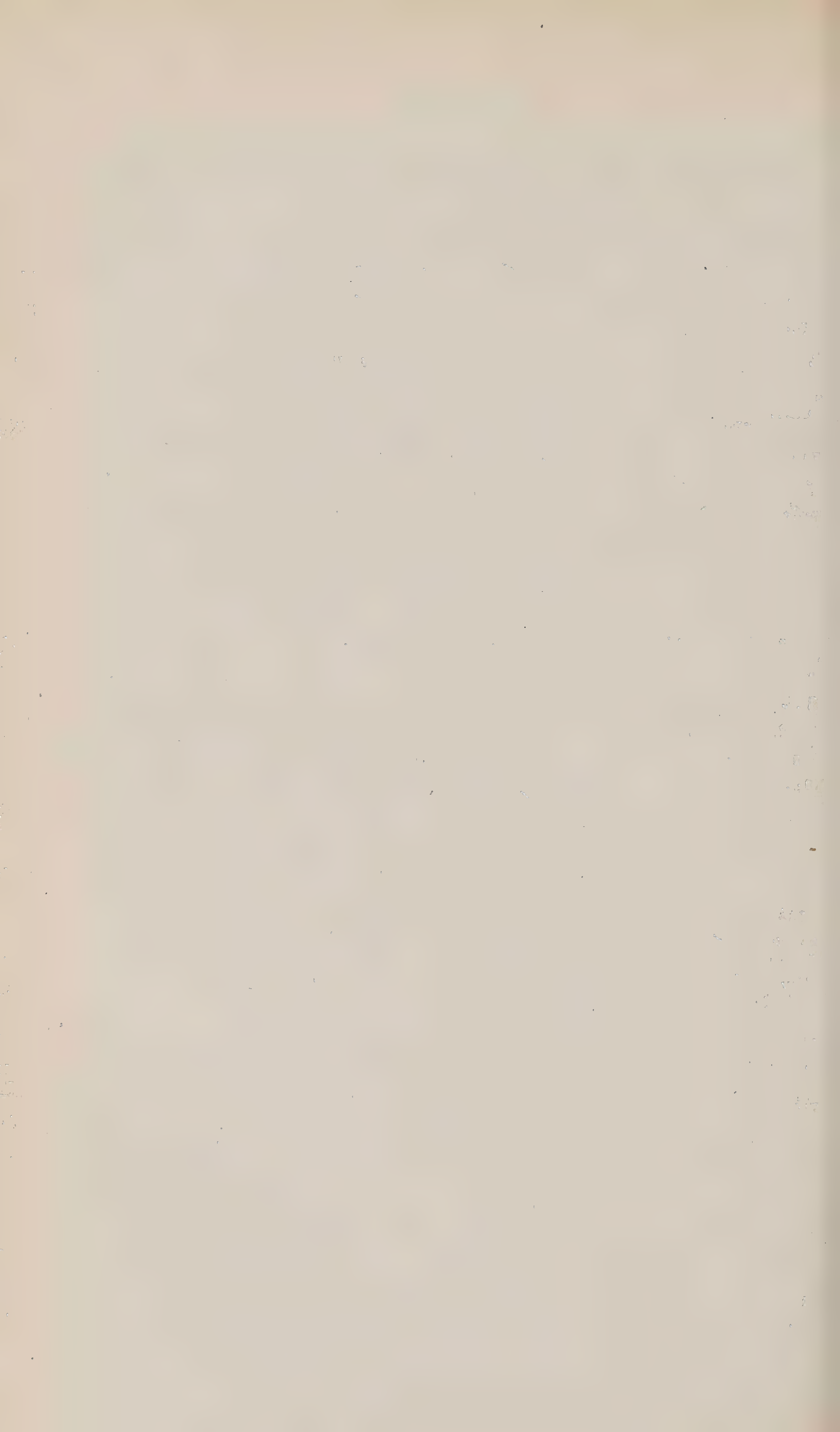
Was die in der Höhle und in den Lappen der Geschwulst sich findenden sogenannten Molluscumkörper betrifft, so vermochte Verf. durch zahlreiche Reactionsversuche nichts Neues über ihre Natur beizubringen. Auch die Anwendung des von Jürgens, Cornil und Heschl als Reagens für Amyloidkörper eingeführten Methylanilin gab keinen Aufschluss. Die Molluscumkörper färben sich dunkelblau, während die sie umgebenden verhornten Zellen heller blau werden. Nirgends war eine Amyloidreaction zu erkennen.

Dagegen konnte Verf. im Gegensatze zu Virchow u. A. eine allmälige Entwicklung der Zellen innerhalb der Läppchen erkennen, wie solche auf den Zeichnungen von Henderson und Paterson (Edinburgh med. and surg. journal, vol. 56. 1841) zuerst angedeutet

ist. Während in der Peripherie der Läppchen nur cylindrisch angeordnete Retezellen liegen und mehr central dicht gedrängte Molluscumkörper, finden sich in der Zwischenzone Uebergänge, deren Deutung freilich nach Ansicht des Vortr. eine sehr schwierige ist. Er constatirt das Verbleiben der Kerne in den die Molluscumkörper umgebenden verhornenden Epithelzellen und hält daher die Entstehung der Körper aus den Kernen für unwahrscheinlich. Ebenso aber die Entstehung aus der Umwandlung ganzer Zellen, da er (im Gegensatze zu Caesar Boeck u. A.) nie Kerne in den Molluscumkörpern entdecken konnte. Auch die Lukomski'sche Ansicht, dass die Körper aus eingewanderten Zellen entstehen, sucht Vortr. zu widerlegen. Dass dieselben dem Körper fremde Organismen, vielleicht Pilze seien (Klebs, Retzius) dem widerspricht der allmälige Uebergang und die colossale Grösse der Gebilde im Vergleich zu den anderen Epiphyten des Menschen. Es bleibt mithin am wahrscheinlichsten, dass die Körper aus dem Protoplasma der Retezellen hervorgehen. Freilich kann Vortr. nicht der die endogene Entstehung stützenden Beobachtung Bizzozero's und Manfredi's beistimmen, welche die Molluscumkörper innerhalb der verhornten Retezellen beobachteten. Vortr. fand beim Rollen der Körper unter dem Deckglase stets, dass die Körper nur halb in den Retezellen, wie Eier im Eierbecher lagen und sich auf Druck herauspressen liessen.

Verf. hält mithin das Molluscum contagiosum für eine, ohne Zusammenhang mit den Drüsen und Haarfollikeln der Haut entstehende Hyperplasie des Rete Malpighii und führt weiter aus, dass der activen Rolle der Epithelien bei Proliferationsprocessen der Haut, wie Auspitz dies schon hervorgehoben habe, eine viel grössere Beachtung als bisher geschenkt werden müsse.

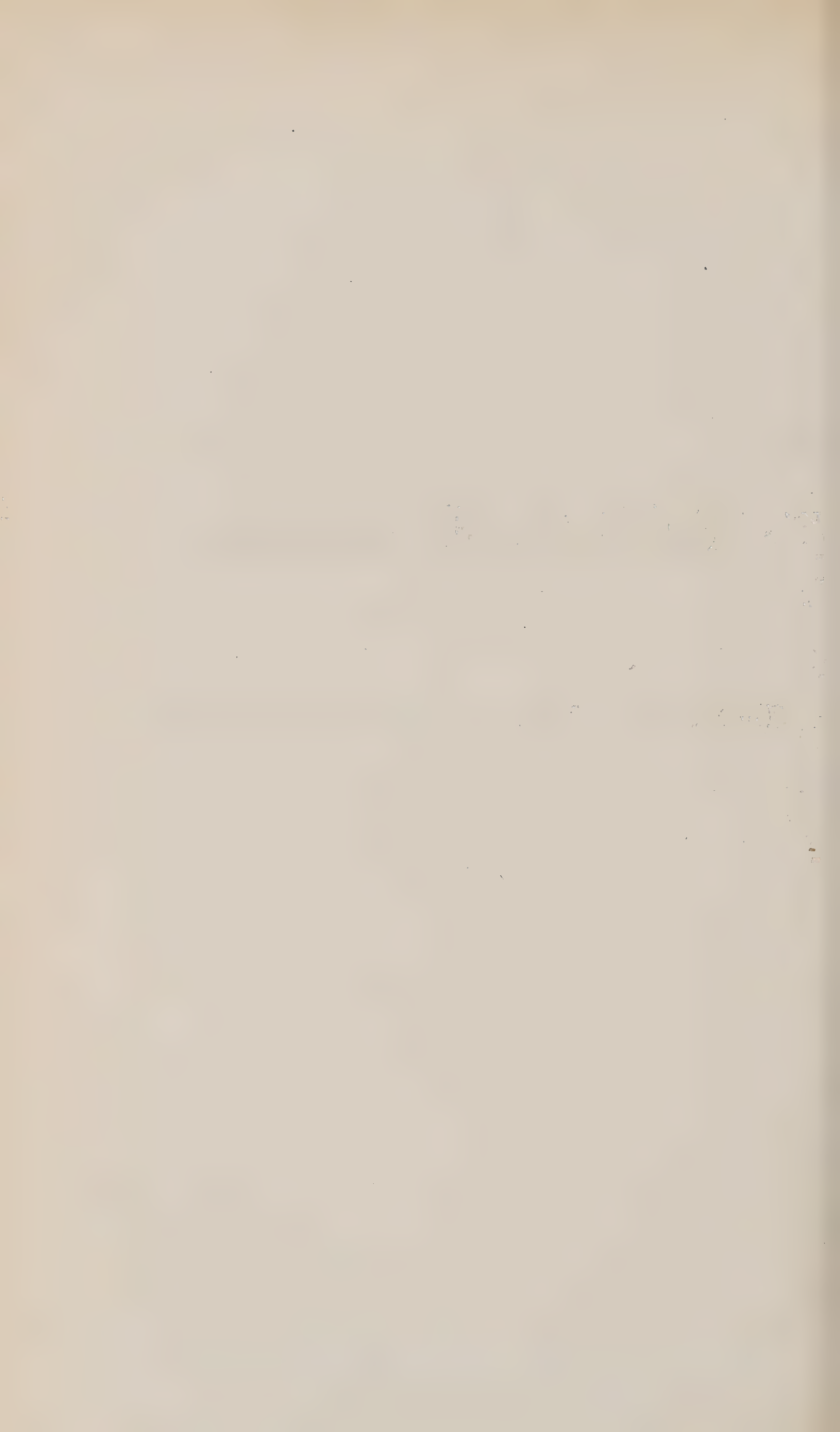
Das von Hauck, Zeissl, Bärensprung, Simon, Biesiadecki beschriebene Condyloma subcutaneum hat Vortr. vielfach untersucht. Er fand stets den identischen Bau mit Molluscum contagiosum und ohne Ausnahme die charakteristischen Molluscumkörper in demselben. Es sind mithin Molluscum contagiosum und Condyloma subcutaneum identische Gebilde und Vortr. schlägt vor, für beide fürderhin den von Virchow eingeführten Namen Epithelioma molluscum gelten zu lassen.



Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Dermatologie.

1. **Stirling.** Eine neue Methode der Präparation der Haut für die histologische Untersuchung. (The Journ. of Anat. and Phys. Oct. 1875. — Amer. Arch. of Derm. II. Nr. 3.)
2. **Martyn.** Ueber geschichtetes Epithelium. (Monthly Microscop. Journ. August 1875.)
3. **Feiertag.** 1. Ueber die Bildung der Haare bei den Embryonen der Säugethiere. 2. Die Bildung der Haare bei erwachsenen Menschen und Säugethieren. (Diss. Dorpat. 1875. Centralbl.)
4. **Heynold.** Beitrag zur Histologie und Genese des Nagels. (Virchow's Arch. LXV. S. 270. 1875.)
5. **Unna.** Beiträge zur Histologie und Entwicklungsgeschichte der menschlichen Oberhaut und ihrer Anhangsgebilde. (Arch. f. mikrosk. Anatom. Bd. XII, 1876.)
6. **Hörschelmann.** Anatomische Untersuchungen über die Schweissdrüsen des Menschen. (Inaug.-Diss. Dorpat. 1875. Centralbl. Nr. 11, 1876.)
7. **Jacobson.** Ueber den Einfluss von Hautreizen auf die Körpertemperatur. (Virchow's Arch. LXVII. B. 2. H. 1876.)

Stirling macht (**1**) histologische Hautpräparate durch künstliche Verdauung des Gewebes. Die Präparationsflüssigkeit besteht aus: Salzsäure (1 Cubikcentimeter) in 500 Cub. C. Wasser von 38° C. gelöst und 1 Gramm Pepsin. Die Mischung ist 3 Stunden in der Temperatur von 38° zu erhalten und dann umzuschütteln. Das Hautstück wird dann über die Oeffnung eines Glasgefässes gebunden und 2—8 Stunden digerirt. Hierauf legt man das Präparat 24 Stunden lang in Wasser. Die Bindegewebsfasern schwellen und werden durchsichtig, kleine Blutgefässe und Nerven werden deutlich sichtbar.

In einer Abhandlung über geschichtetes Epithel erklärt Martyn (2) die Stachelzellen M. Schultze's nicht durch das Ineinandergreifen der Zellkörper, sondern durch Zerreissen von Zwischenbändern dieser Zellen entstanden. Die dunkeln Contouren zwischen zwei sich berührenden Zellen sollen einer Lücke zwischen zwei Bändern entsprechen. Die Zwischenbänder sollen sich durch unvollständige Entwicklung einzelner Theile des Protoplasmas bei der Zellenproliferation des Rete herausbilden.

Nach Feiertag gibt (3) den ersten Anstoss zur Bildung eines Haares eine Zellenwucherung der Epidermis; dadurch wird die Epidermis verdickt und es entsteht ein in die Cutis hineinwachsender Fortsatz — Haarkeim. Einige Haarkeime entstehen auf der Höhe eines Cutishöckers; dieses findet statt bei der Bildung der allerersten Haarkeime, eine solche Höckerbildung findet aber nicht statt bei der Bildung der späteren Haarkeime. Aus den von der Epidermis herstammenden Zellen (Haarkeimen) wird der Haarschaft nebst den Haarscheiden (Wurzelscheiden), aus den den Haarkeim umgebenden Bindegewebszellen der Cutis der Haarbalg gebildet. Im Haarkeim tritt unter fortwährender Vermehrung der Zellen allmälig eine Scheidung ein in einen centralen und einen peripherischen Abschnitt. Die Differenzirung wird eingeleitet durch ein allmäliges Längerwerden der Zellen des centralen Theils und wird mit einer Verhornung der äussersten Schicht des centralen Theils beschlossen. Die verhornten Zellen bilden einen Kegelmantel, welcher den centralen Theil des Haarkeims von dem peripherischen Theil scheidet. Die Zellen des peripherischen Theils liefern das Material zur äusseren Haarscheide; die Zellen des centralen Theils liefern das Material für den Haarschaft und für die innere Haarscheide. Die Entstehung der bindegewebigen Haarpapille fällt nicht bei allen Thieren mit dem gleichen Stadium der Entwicklung des Haarkeims zusammen. Im Allgemeinen bildet sich die Papille spät; niemals ist die Papille bei der ersten Anlage des Haarkeims sichtbar. Als erste Andeutung der Papille ist eine stärkere Zellenwucherung in der Cutis unter dem Fundus des Haarkeims zu erkennen. In der Folge wird durch die Zellenwucherung eine geringe Wölbung am Fundus des Haarkeims hervorgebracht zu einer Zeit, wo der Haarkeim schon eine beträchtliche Längenausdehnung besitzt. Eine völlig ausgebildete Papille ist bei den meisten Thieren erst bemerkbar,

sobald eine völlige Differenzirung der einzelnen Theile des neugebildeten Haares eingetreten ist.

Die Entstehung neuer Haare nach dem Modus der embryonalen Bildung (primäre Haarbildung) ist nicht mit Sicherheit zu constatiren. Ihre Bildung erfolgt durch eine von den Zellen der äusseren Haarscheide ausgehende Wucherung. Durch die Wucherung wird ein in die Cutis hineinragender Fortsatz erzeugt (secundärer Haarkeim). Aus diesem Fortsatz (secundärer Haarkeim) entsteht in gleicher Weise wie aus dem embryonalen primären Haarkeim Haar und Haarscheide. Der Bildung des secundären Haarkeims geht eine Atrophie der Papille des alten reifen Haares voraus. Es entsteht niemals ein neues Haar auf der alten Papille, sondern für das neue Haar wird eine neue Papille gebildet (Stieda). F. kann sich der Theorie der Schalthaarbildung Götte's nicht anschliessen.

Nach Heynold (4) setzt sich das Stratum corneum an der hinteren Wurzel des Nagels ein Stück auf der umgeschlagenen Haut fort und endigt nach hinten keilförmig mit einer scharfen Spitze. Die Langerhans'sche Grenzschicht reicht genau bis zur letzten Spitze des Stratum corneum. Das Rete der Haut des Fingerrückens geht continuirlich in das der Papillen der Nagelmatrix über. Soweit der untere Theil des Nagels dem Nagelbett dicht aufliegt, zeigt sich keine Spur der Langerhans'schen Grenzschicht. Soweit die Lunula reicht, geht das Rete allmälig in die Nagelsubstanz über und beide hängen innig zusammen. Jenseits der Lunula nach vorne greifen die grossen Cylinderzellen des Rete unregelmässig in die eigentliche Nagelsubstanz ein. Am freien Rande des Nagels schiebt sich das Stratum corneum bis zu der Stelle, wo am lebenden Nagel die rothe Färbung beginnt und setzt sich noch eine kleine Strecke auf den unteren Rand der freien Nagelfläche fort. Auch hier reicht die charakteristische Grenzschicht nur bis zum Rande des Bettes.

Unna hat (5) eingehende Untersuchungen über die Epidermis und ihre Anhänge veröffentlicht, welche auf viele Punkte ein neues Licht werfen. Wir fassen die Hauptergebnisse im Folgenden zusammen:

Oberhaut.

I. Wir haben an der normalen Epidermis 3 durch mehr oder weniger ausgeprägte Uebergänge verbundene Hauptschichten zu unter-

scheiden: Stachelschicht, Körnerschicht und Hornschicht. Die Stachelschicht besteht aus den Abschnürungsprodukten der untersten Cylinderzellenlage. In ihnen treten, während aussen die Stacheln immer mehr zu Zacken sich verkürzen und die Zellen immer dichter sich aneinanderlagern, feine Körner zuerst um den Kern herum auf. Diese beiden Veränderungen gipfeln in der Körnerschicht, worauf die Zellen, wieder von der Zellenmitte aus, sich rasch aufhellen und so die sehr feste und durchscheinende basale Hornschicht (strat. lucid.) darstellen. Diese lockert sich in der Verticalen zu horizontalen, geschichteten Blättern, indem die Zellen sich zu dünneren Bändern ausziehen, und hauptsächlich nur noch seitwärts cohäriren: mittlere Hornschicht. Auf diese folgt endlich wieder eine festere, oberflächlichste Lage, Endschicht der Hornschicht, in welcher auch der horizontale Zusammenhang der Zellen nachgibt, wodurch es zur continuirlichen Abschuppung der Epidermis kommt.

II. Während für die Umwandlung von Stachelzellen in Körner- und Hornzellen noch unbekannte chemische Veränderungen hypothesirt werden müssen, lassen sich die in der Hornschicht erfolgenden weiteren Veränderungen einfach mechanisch durch die im Vorschube der Zellen nothwendig erfolgende Dehnung durch Oberflächenspannung erklären, einen (histologisch begründeten) allseitig festen Zusammenhang der Epidermiszellen vorausgesetzt.

III. Dieselbe Art der Verhornung, wie nach der freien Oberfläche hin, findet auch nach dem Lumen des Schweissdrüsencanales statt, nur dass die Zellen, welche die Canalwandung begrenzen, in etwas tieferem Niveau und in gedrängterer Folge dies Auftreten der Körner, deren Aufhellung u. s. w. zeigen. Daher bestehen die Canalwandungen innerhalb der Oberhaut aus ineinander steckenden Trichtern der verschiedenen Schichten und sind nicht von einer continuirlichen Cuticula (Heynold) ausgekleidet, wie sie der Schweissdrüsencanal innerhalb der Cutis besitzt. Hierbei ist zu bemerken, dass innerhalb der mittleren Hornschicht die Canalwandung aussen noch einen scharf sich abhebenden Zellencylinder als Zuwachs erhält, indem die demnächst auf die basale Hornschicht folgende Lage (stratum superbasale) sich an den Schweissdrüsen entlang bis gegen die Endschicht hinauf erstreckt.

Haar.

I. Die Henle'sche Scheide (äusserer Theil der inneren Wurzelscheide des Haares) stellt kein Stratum corneum der äusseren Wurzel-

scheide dar, sondern gehört genetisch durchaus zur Huxley'schen Scheide; beide zusammen, sowie die ganze innere Wurzelscheide haben einen gemeinsamen, aus körnigen Cylinderzellen bestehenden Mutterboden am untersten Theile des Papillenhalses und der Unterschied zwischen beiden Lagen besteht nur darin, dass die Zellen der äusseren Henle'schen Lage früher, an der Einschnürung des Haarbalges oberhalb der Papille, bereits in klare Schollen umgewandelt werden. Diese bröckeln langsam am Haarbalghalse ab und zeigen nicht den mindesten Zusammenhang mit den bis hieher sich einsenkenden Zellen der äusseren Körner- und Hornschicht.

II. Die nächst höhere Region an der Haarpapille trägt die hellen, körner- und pigmentlosen Mutterzellen der beiden Oberhäutchen, von denen die äussere mit der innern Wurzelscheide, die innere mit dem eigentlichen Haare inniger verbunden ist, welches letztere sich weit rascher, als die innere Wurzelscheide und innerhalb dieser in spiraliger Drehung nach aufwärts bewegt.

III. Eine oberste Region an der Papille nehmen die Cylinderzellen ein, aus welchen die Haarzellen selbst hervorgehen, und welche von vornherein in körnigen Pigmentscheiden stecken. Alle 3 Mutterzellenherde sitzen der Papille auf ohne Dazwischenkunft einer homogenen Membran.

IV. Unter den Hüllen des Haares ist noch eine Zellenlage besonders hervorzuheben, (neutrale Lage) die innerste Lage der äusseren Wurzelscheide, welche von den übrigen Theilen derselben durch die sehr grossen, cubischen und stärkere Tinction annehmenden Zellen unterschieden ist. Sie spielt eine wesentliche Rolle nur bei der ersten Entstehung des Haares, wo sie als ein vollkommener Mantel den primitiven Haarkegel umgibt. Weiterhin verhornt sie jedoch nicht mit demselben, verliert den Zusammenhang mit ihren Mutterzellen an der Papille, wird von der inneren Scheide sammt dem Haare durchbrochen und passiv an die äussere Scheide gedrückt.

V. An den Kopfhaaren findet sich eine Altersveränderung des unteren Balgabschnittes besonders stark ausgeprägt. Die homogene Membran ist enorm verdickt und aus Falten zusammengeschobene Wälle derselben springen ringförmig nach innen vor, die äussere Wurzelscheide in unvollkommene Stockwerke zerklüftend. Dieselbe Altersveränderung in geringerer Ausbildung findet sich an allen Haaren in jeder Lebensperiode, oft verbunden (Vibrissen) mit einer Quellung

und Aufhellung der anliegenden Zellen der äusseren Wurzelscheide in der unteren Region des Balges.

VI. Während dieser senilen Veränderungen im unteren Balgtheile findet eine starke Neubildung junger Epithelzellen im mittleren Theile der äusseren Scheide statt, welche häufig zu Vorbuchtungen dieses Theiles („Wulst“ aller Embryonalhaare, Vibrissen) und selbst zu Ausstülpung von Epithelzapfen Veranlassung gibt, aus denen horizontal in der Cutis liegende Haare hervorgehen können (Cilien).

VII. Die papillenlose Haarform (Haarkolben Henle's) „Beethaar“, welche bisher als ausfallendes, abgestorbenes Haar und nur von Götte als eine noch lebendige, fortwachsende Bildung eigener Art angesehen wurde, ist in der That eine solche, indem sie aus den Stachelzellen der mittleren Balgregion frei hervorwächst, aber sie ist keine selbstständige Bildung, sondern entsteht nur in Anschluss an ein vorangegangenes Papillenhaar.

VIII. Schon ehe ein altes Haar die Papille verlässt, hat die innere Wurzelscheide sich bereits von derselben abgelöst, indem ihre Mutterzellen zuerst der Atrophie anheimfallen und so steigen auch weiterhin die äusseren Schichten rascher auf, als die inneren des Haares selbst, was darauf hindeutet, dass eine von aussen angreifende Kraft (Productivität des mittleren Theils der äusseren Wurzelscheide) das Aufsteigen des Haares bewirkt.

IX. Wo die innere Wurzelscheide zwischen äusserer und dem eigentlichen Haare aufgestiegen ist, schliessen sich die neugebildeten Zellen der äusseren Scheide unmittelbar dem aufsteigenden Haare an, wodurch das letztere allmälig die Form eines Besens erhält. In der mittleren Region des Balges erreicht der Process seinen Abschluss; die innere Scheide wird nicht weiter in die Höhe geschoben, sowie die jungen Zellen der äusseren einen Ausweg nach oben gefunden haben. So erhebt sich jetzt ein mark- und papillenloser, genau nach dem Typus der Nagelzellen verhornender Haarschaft innerhalb des vom alten Papillenhaar herrührenden Wurzelscheidenrestes, welcher allmälig von oben herab abbröckelt. Der mittlere Theil der äusseren Scheide ist zum „Haarbeete“ des neuen „Beethaares“ geworden.

X. Im Embryonalleben geht die Umwandlung eines Papillenhaares in ein Beethaar genau in derselben Weise vor sich; das präformirte Haarbeet repräsentirt sich hier als ein spindelförmiger oder seitlich aufsitzender, knopfförmiger „Wulst“ der äusseren Scheide und

ist auch hier durch stärkere Pikrocarminfärbung der Cylinderzellen und den Mangel einer homogenen Membran ausgezeichnet.

XI. Die beiden sich widerstreitenden Ansichten, dass das junge Papillenhaar im alten (Kölliker) oder in einem neuen (Stieda) Balge entstehen solle, sind nicht ausschliesslich, sondern beide berechtigt. Bei den Vibrissen, den Cilien junger Individuen findet das letztere, beim Barte und den Lanugohaaren meist das erstere statt. Dort ist die Vordrängung des alten Beethaares die Regel, hier kommt sehr oft das junge Papillenhaar neben dem alten Barthaar zum Balge heraus. Das Zellenmaterial, aus welchem das junge Papillenhaar entsteht, stammt fast stets vom Haarbeet des alten, in das Beetstadium übergetretenen Haares, für den Menschen ist dies der einzige bisher sicher constatirte Vorgang.

XII. Der vom Haarbeet ausgehende productive Epithelfortsatz kann entweder den alten Balg wiedergewinnen (Vibrissen, Cilien, Embryonalhaare) oder er dringt an beliebiger anderer Stelle in die Tiefe und schafft sich eine neue untere Balgregion (Bart, Schamhaare, Lanugo) oder endlich der Epithelfortsatz dringt sogar seitlich in die Cutis ein und erzeugt ein horizontalliegendes Haar (hauptsächlich Cilien). In allen Fällen wird er durch eine neue Papille eingestülpt zu einem Papillenhaar. Mit zunehmendem Alter nimmt die Neuproduction dieser Papillenhaare bedeutend ab, so dass schliesslich fast nur Beethaare übrig bleiben.

Nagel.

I. Die alleinige Matrix des eigentlichen Nagels ist der Boden des Falzes.

II. Der Nagel wird in Schichten abgesondert, welche der Nagelmatrix parallel sind und deshalb sowohl im Falze als auf dem Nagelbett eine von hinten oben nach vorn unten schräg herabgehende Lage besitzen.

III. Die Dicke des Nagels, verglichen am freien Rande und an dem Punkte, wo die Nagelmatrix aufhört und das Nagelbett beginnt, ist vollkommen gleich für den Erwachsenen.

IV. Der eigentliche Nagel erhält keinen Zuschuss von der Stachelschicht des Nagelbettes.

V. Die Hornschicht, welche den Nagel von der Decke des Falzes trennt, ist vollständig wie an normaler Oberhaut gebildet.

VI. Der Nagel selbst entsteht durch einen von der Oberflächenverhornung bedeutend abweichenden Verhornungsprocess. Kleine, zur schrägen Richtung der Nagelschichten senkrecht gestellte Epithelzapfen fliessen zu einer Schicht hellerer Stachelzellen zusammen. In dieser werden die Stacheln immer deutlicher, während die Zellen sich abplatten, wodurch eine stark punktirte, dunklere Uebergangsschicht entsteht. Aus diesen gehen dann endlich die sehr platten, glänzenden und mit feiner Zähnelung versehenen Nagelzellen hervor.

VII. In der Entwicklung des Nagels sind 4 Perioden zu unterscheiden: a) das Eponychium oder der primitive Nagel (2.— 8. Monat); b) der frei zu Tage tretende, aber noch fest anliegende, eigentliche Nagel (8.—9. Monat); c) der frei sich erhebende Nagel des Neugeborenen; d) der Nagel des Erwachsenen.

VIII. Vom 2.—8. Monat vertritt die Stelle des Nagels eine partiell stärkere Verhornung der Oberhaut am Rücken des ersten Fingergliedes.

Nach Hörschelmann (**6**) kommen Schweissdrüsen an allen Körperstellen vor (gegen die bisherigen Angaben auch an der concaven Seite der Ohrmuschel, wo sie früher vermisst wurden). Nie theilen sich an den grossen Drüsen (der Achselhöhle) die Drüsenschläuche dichotomisch. Der Durchmesser des Ausführungsganges ist stets enger als der des Drüsenschlauches. Das Stratum Malpighii senkt sich in Form eines kegelförmigen Fortsatzes zwischen 2 Papillen in die Cutis hinein, dem Ausführungsgang entgegen. Sobald sich beide erreichen, beginnt der Ausführungsgang seine korkzieherartigen Windungen. H. unterscheidet kleine und grosse Schweissdrüsen. Bei letzteren wechseln enge mit weiten Drüsenschläuchen ab, während sie bei den kleinen Drüsen im ganzen Verlaufe gleich bleiben. Muskeln finden sich an allen Schweissdrüsen mit Ausnahme derer der Scheitelhaut. Sie liegen immer dicht unter dem Epithel. Die Epithelzellen sind polyedrisch, das Basalende derselben ist häufig gezackt. Eine Cuticula kommt an ihnen bisweilen vor. Das Epithel im Ausführungsgange besteht bei den kleinen Drüsen immer aus einer mindestens zweifachen Zellschicht, welche nach oben an Mächtigkeit zunimmt. Die innerste Zelllage trägt constant eine Cuticula.

In einer Arbeit über den Einfluss der Epispastica auf Puls und Körperwärme hatte Naumann vor mehreren Jahren die Behauptung

aufgestellt, dass jeder intensive Hautreiz beim Menschen eine merkliche Abkühlung unter die Norm zur Folge habe. Dieser ginge fast immer eine grössere oder geringere Steigerung der Körpertemperatur voraus, welche öfters nur 1—2 Minuten anhielte, öfters bis zu Ende, ja selbst über den Reiz hinaus dauere, je nach der zu verschiedenen Zeiten verschieden grossen individuellen Reizbarkeit. Die Abkühlung dagegen wäre um so stärker und um so länger anhaltend, je stärker und anhaltender der Reiz sei.

Diese Folgerung hatte Naumann aus 7 Temperaturbeobachtungen gezogen, die er in der Achselhöhle gesunder Menschen, denen Epispastica applicirt wurden, angestellt hatte.

An Kaninchen und jungen Hühnern dagegen hat Mantegazza bei Schmerzerregung im Bereiche der Spinalnerven vielfach eine rasche Abnahme der Mastdarmtemperatur gefunden, und in Uebereinstimmung mit ihm hat Heidenhain an curarisirten Hunden bei Reizung der Empfindungsnerven gleichfalls ein Sinken der Temperatur im Innern des Körpers beobachtet, ausserdem aber noch ein abweichendes Verhalten solcher Thiere constatirt, denen er durch Eiter- oder Strychnininjection künstlich „Fieber“ oder einen „fieberähnlichen Zustand“ erzeugt hatte. Bei diesen bewirkte nämlich die Erregung sensibler Nerven nicht mehr Herabsetzung, öfters sogar geringes Ansteigen der Innentemperatur, was Heidenhain zu der Abnahme veranlasst, „dass es pathologische Umstände gibt, unter denen die Erregbarkeit der vasomotorischen Nerven, im Besondern der Hautarterien abnorm gesteigert ist.“

Um zu prüfen, ob diese Behauptung auch für den Menschen Giltigkeit habe, hat nun Jacobson (7) an einer grösseren Anzahl theils fiebernder, theils fieberfreier Personen zu ermitteln gesucht, in welcher Weise die Körpertemperatur durch Anwendung von Hautreizen verändert werde. Aus den beigefügten Tabellen erhellt zunächst, dass eine constante Abkühlung der Körperwärme bei Einwirkung starker Epispastica, wie sie Naumann gefunden haben will, durchaus nicht stattfindet. Denn nur in 5 von 31 Fällen, in denen Verf. die Temperatur der Achselhöhle, die ja auch er als Messungsort benutzte, unter dem Einfluss von Hautreizen beobachtete, sank das Thermometer, in allen übrigen Fällen stieg es. Um zwischen den entgegengesetzten Ergebnissen eine Vermittlung zu finden, könnte daran gedacht werden, dass die in Anwendung gezogenen Hautreize von zu verschiedener Intensität gewesen wären.

Indessen, da Naumann gerade sehr kräftig wirkende Epispastica empfiehlt,wo man starke Abkühlung beabsichtigt, so scheint dem Verf. diese Erklärung nicht zutreffend, denn seine Sinapismen sowohl, als auch die elektrische Geisel reizten so heftig, dass die Kranken in den meisten Fällen wohl eine längere Einwirkung kaum hätten ertragen können. Andererseits aber wurde ein Sinken der Achselhöhlentemperatur ebenso wenig beobachtet, wo schwächere Reize zur Anwendung kamen. Mithin bleibt nach J. nichts übrig als anzunehmen, dass die abweichenden Resultate Naumann's durch die Mangelhaftigkeit seines thermoelektrischen Apparates verursacht seien.

Aus den Beobachtungen des Verf. lässt sich kein sicheres Urtheil entnehmen, ob im fieberhaften Zustande des Menschen sensible Reize in anderer Weise auf die Körpertemperatur einwirken als unter normalen Bedingungen. Andere Verhältnisse freilich zeigte das Thermometer im Mastdarm. Hier wurde bei 18 fieberfreien Patienten 10 Mal, bei 4 fieberhaften niemals ein Sinken gefunden. Indessen sowohl in der Achselhöhle, wie im Mastdarm sind die während des Hautreizes beobachteten Schwankungen der Temperatur im Durchschnitt so geringfügige, dass es durchaus nicht unbedenklich erscheint, ein causales Verhältniss zwischen beiden anzunehmen. Wo der Thermometerstand im Laufe von 10 Minuten sich um nur wenige Hundertstel Grade änderte, da wird man schwer den sensiblen Reiz als Ursache der Veränderung beschuldigen können. Derartige Schwankungen findet man häufig genug ohne irgend eine nachweisliche Veranlassung. Riegel behauptet in seiner Arbeit »über die Beziehung der Gefässnerven zur Körpertemperatur« auf Grund von Untersuchungen an Menschen, die er einer späteren, aber bisher noch nicht publicirten Mittheilung vorbehält, mit Sicherheit, »dass die Anwendung unserer gewöhnlichen Hautreize keinen Einfluss auf die Rectum- oder Achselhöhlentemperatur habe.« Zu einer so bestimmten Aussage berechtigen des Verf.'s Beobachtungen nicht; vielleicht dass gleichzeitige Messungen von Haut- und Körpertemperatur zu grösserer Klarheit über diesen Punkt verhelfen würden.

Das aber scheint dem Verf. unzweideutig aus seinen Tabellen zu folgen, dass die Resultate, welche Heidenhain an curarisirten Hunden, die durch Eiter oder gar Strychnininjection in einen fieberähnlichen Zustand« versetzt waren, erhalten hat, auf den Menschen nicht ohne Weiteres anwendbar sind.

8. **Gussenbauer.** Ueber die Pigmentbildung in melanotischen Sarkomen und einfachen Melanomen der Haut. (Virchow's Arch. Bd. LXIII. 1875.)
9. **Roth.** Ueber Veränderungen der Nägel nach acuten Krankheiten. (Allg. Wiener med. Zeitsch. 26. October 1875.)
10. **Bulkley.** Ueber die Beziehungen zwischen dem Harne und den Hautkrankheiten. (American Arch. of Dermatology. 1. Bd. October 1875.)
11. **Rosenthal.** Ueber Erzeugung von Nervenaffectionen durch blei- oder quecksilberhältige Schminken. (Wiener med. Presse. Nr. 20, 21, 22. 1876.)
12. **Donaud.** Erfahrungen über die Verimpfbarkeit gewisser Hautaffectionen. (Rev. des Sciences méd. Oct. 1875.)
13. **Pick.** Ueber einige Behandlungsmethoden der Hautkrankheiten. (Sitzg. d. Prager Dct.-Coll. 14. Dec. 1875. Prager med. Wochenschr. I. 1. 1876.)
14. **Hans Hebra.** Ueber die Anwendung des Schabeisens bei Hautkrankheiten. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 51, 1875.)

Gussenbauer beobachtete (8) stufenweise die Entwicklung des Pigments in Haut-Melanomen. Zuerst tritt in kleinen und mittleren Arterien und Venen Verlangsamung des Kreislaufs auf, dann Ektasie der Capillaren und völliger Stillstand der Circulation. Dies bildet die erste Stufe. Hierauf tritt Decoloration der rothen Blutkörperchen, Lösung des Hämoglobin im Blutplasma und Diffusion desselben durch die Gefässwände; endlich Aufnahme des gelösten Farbstoffs durch die zelligen Gewebselemente sowie andere imbibitionsfähigen Gewebstheile auf, am stärksten in der Nähe der Gefässe. Dies ist die zweite Stufe.

Endlich schlägt sich (dritte Stufe) das Pigment in Form von Körnchen von verschiedener Farbe nieder.

Nach acuten Krankheiten und solchen mit folgender Depression kommt eine Veränderung der Nägel vor, welche schon von Beau, Vogel, Wilks, Madeau, Duplay, Mitchell, Broca beschrieben worden ist. Ein solches Vorkommen erwähnt nun Roth (9) nach zwei Anfällen von phlegmonöser Angina bei einem Individuum, deren erster 3 Wochen, der zweite 12 Tage angedauert hatte. Auf der Lunula mehrerer Nägel, insbesondere aber der Daumen, traten Furchen

auf, welche auch parallel mit dem freien Rande des Nagels beobachtet wurden und sich leicht von den normalen longitudinalen Nagelleistchen unterscheiden liessen. Die Nägel hatten dabei ihren Glanz verloren. Die Veränderung bestand mehrere Monate. Das Wachsthum der Nägel betrug $^1/_2$''' bis 1''' die Woche. Die Basis der Nägel war dabei empfindlich, selbst schmerzhaft.

Bulkley hat (**10**) das Verhältniss der Harnbestandtheile zu den verschiedenen Hautkrankheiten hauptsächlich auf Grund fremder Angaben zu beleuchten gesucht. Das Resultat dieses seines Bestrebens fasst er in folgenden Hauptpunkten zusammen:

1. Das Studium der Harnsecretion ist von grosser Wichtigkeit für das Studium und die Behandlung der Hautkrankheiten.

2. Die Circulation von excrementellen Stoffen im Blute, wie die von Harnsäure, Hippursäure, Oxalsäure, experimentell in das Blut gebracht, ist von Eruption von Hautkrankheiten begleitet.

3. Harnsäure ist gefunden worden in den Eczemvesikeln, in den Psoriasisschuppen, Urate und Phosphate in den Pemphigusblasen, Hippursäure in den Ichthyosisschuppen.

4. Harnstoff, welcher ein normaler Bestandtheil des Schweisses ist — wurde ausgeschieden in beträchtlicher Menge durch die Perspiration Gichtkranker, in gewissen Nierenkrankheiten. Harnsaure Natronkrystalle wurden beobachtet auf dem eczematösen Beine eines Gichtkranken.

5. Die Anwendung von Kälte vermehrt die Quantität des Urins, die der Wärme vermindert sie. Tägliches Baden vermehrt die festen Bestandtheile des Harnes, sowie den Harnstoff und die Harnsäure. Profuse Schweisssecretion vermindert die Harnmenge, erhöht dafür das spec. Gewicht und vermehrt die Urate und Chloride. Einfirnissen der Haut hat eine tödtlich endende Urämie zur Folge, combinirt mit Albuminurie und „Production" (Ablagerung?) von Tripelphosphaten in den verschiedenen Theilen des Körpers.

6. Bei acuten Hautexanthemen zeigt der Urin Veränderungen, welche wahrscheinlich von der extensiven Beeinträchtigung der secretorischen Hautfunction herrühren.

a) Beim Erisypel ist der Harnstoff nur manches Mal vermehrt, die Harnsäure ist um das 3fache vermehrt (als normale tägliche Menge nimmt er mit Becquerel 0·4 Grm. an).

b) Bei den Masern ist der Urin reich an Harnsäure und Uraten. Albumin und Blut kommen in demselben auch vor.

c) Bei Scharlach ist der Harnstoff nicht immer vermehrt, die Secretion von Harnsäure ist nahezu gänzlich unterdrückt, in fieberfreien Zeiten jedoch vermehrt. Im Sedimente finden sich häufig Harnsäurekrystalle, Urate, Epithel und Bellinische Cylinder vor.

d) Bei Variola nimmt das Urinquantum ab, das specif. Gewicht ist dennoch nicht proportionell erhöht. Die Chloride zeigen eine Verminderung. Albumingehalt selten. Im Sedimente sind oft Harnsäurekrystalle vorhanden.

7. Die chronischen Hautkrankheiten zeichnen sich in der Regel durch zweierlei Veränderungen aus, erstens von Assimilationsfehlern (Leber), erblicher Disposition, Gicht und Phthisis, zweitens von der Functionsveränderung der Haut herrührend, hiebei ist die Beschaffenheit des Harns mehr die Folge der ersteren.

a) Die Urticaria ist begleitet von einer Verminderung des Harnstoffes und der organischen Salze. Das specif. Gewicht ist hiebei hoch. Ausserdem sind Urate und Oxalate reichlich vorhanden.

b) Bei Erythem ist der Harn sauer und setzt Urate und oxalsaure Kalkkrystalle ab.

c) Die Psoriasis bei gichtkranken Individuen hat Phosphatablagerungen zur Folge.

Der Harnstoff ist bei Psoriatischen vermehrt, die festen Salze nicht minder. Der Urin ist übersauer und sedimentirt Harnsäurekrystalle, Urate, oxalsauren Kalk.

d) Bei Eczem ist der Urin starksauer, sparsam, zeigt ein hohes spec. Gewicht und reichlichen Gehalt an Uraten und oxalsaurem Kalk. Der Harnstoff und die Harnsäure ist gewöhnlich abnorm vermindert, ebenso die Chloride. Der Urindican in pathologischer Menge vorhanden. Das hohe spec. Gewicht ist durch Sulfate bedingt.

e) Bei Akne ist der Urin übersauer, es befinden sich darin Krystalle von Harnsäure, Uraten und oxalsaurem Kalk.

f) Beim Pruritus ist der Zucker- und Uratgehalt des Urins — natürlich nicht als Regel — hervorgehoben.

g) Beim Herpes Zoster sind die Chloride und Phosphate vermehrt.

h) Der Pemphigusharn ist charakteristisch durch die vermehrte Ausscheidung von Sulfaten, Erdphosphaten, Chloriden, insbesondere

aber durch die von Harnstoff. Oxalsaurer Kalk kommt in demselben auch vor. Die Urinsecretion ist im Ganzen sparsam.

i) Der Harn von Purpurakranken bietet nur manches Mal einen Albumingehalt und Bellinische Fibrincylinder dar. Die Erdphosphate, Ammoniak und Harnsäure sind in demselben vermehrt, das Chlornatrium vermindert. Das spec. Gewicht ist gewöhnlich sehr niedrig. Spuren von Gallenpigment wurden auch beobachtet.

j) Bei Melanosarcom ist die dunkle Farbe des Harnes durch freie Pigmentpartikeln bedingt, oder letztere sind in Epithelzellen enthalten.

k) Bei Ichthyosis wird viel Urin von niederem spec. Gewichte entleert. Der Harnstoffgehalt desselben auch unter dem Normalen.

l) Bei Xeroderma ist der Urin bald alkalisch bald sauer, im ersten Falle Phosphate, im zweiten Falle oxalsauren Kalk sedimentirend.

An diese Hauptpunkte hat B. folgende therapeutische Betrachtungen geknüpft:

Wenn der Harn Urate, Harnsäure und oxalsauren Kalk absetzt, so ist das ein Zeichen der mangelhaften Oxydation der Nahrungsstoffe, indem sie in übermässiger Menge zugeführt, unvollständig verarbeitet, aufgenommen und ebenso ausgeschieden werden.

Auf derlei Fehler wirken nun die Medicamente entweder dadurch heilsam, dass sie die Hautfunction anregen, wie z. B. die alkalinischen Bäder, oder aber dadurch, dass sie die Harnsecretion, Function der Nieren umstimmen. So hat B. selbst bei Eczem und Psoriasis von Kali acet. sehr gute Wirkungen gesehen, ebenso von Kal. und Lith. citric. Bei Urticaria zeigte sich das Colchicum heilsam.

In beiden Fällen tritt die heilsame Wirkung in Folge der Ausscheidung gewisser Excrementstoffe ein, was bei der rein localen Behandlung der Hautkrankheiten weder bezweckt noch erzielt wird; somit ist B. mit letzterer nicht einverstanden; obwohl er es gerne zugibt, dass durch die locale Behandlung grosse Erfolge erzielt werden können; es ist aber auf der anderen Seite auch wahr, dass viele Hautkrankheiten durch die einfache Regulirung der Diät eine am meisten permanente und zufriedenstellende Besserung erfahren, so dass er behaupten kann, dass die Urinuntersuchungen bei der Behandlung der Hautkrankheiten grosse Vortheile gewähren. Urinuntersuchungen hat B. in 191 Fällen 605mal ausgeführt: man kann diese jedoch nicht als Grundlage seiner — speciell auf die Hautkrankheiten bezughaben-

den Aussagen anerkennen, und zwar aus dem Grunde nicht, weil diese 605 eigenen Untersuchungen Bulkley's bloss aus Bestimmung des spec. Gewichtes, qualitativer Reaction und mikroskopischer Prüfung des Harnsedimentes bestehen, welche alle mit einander nicht ausreichen, über Zu- und Abnahme insbesondere der normalen Bestandtheile des Harnes ein Urtheil fällen zu können, woran überdies bei der Nichtberücksichtigung der Nahrung, bei der Unkenntniss der Menge der Excrementstoffe des Harnes gar nicht zu denken ist. Ja sogar bei von den fremden Autoren überkommenen Daten vermissen wir oft die Angabe, wie viel die 24stündige Menge eines beliebigen Stoffes war, eine per mille Berechnung beweist gar nichts bezüglich der fraglichen Hauptpunkte. Dies ist der Fall mit der auf Erysipel und Scharlach bezüglichen Analyse Simons p. 78.

Dasselbe wiederholt sich bei der Maclayan'schen Analyse bei Urticaria. p. 9. Bei Pemphigus findet sich ebenfalls eine per mille Berechnung nach Heller, wie viel Stunden aber zur Entleerung nöthig waren, ist nirgends verzeichnet.

Im Ganzen berechtigen also von den mitgetheilten 13 Analysen, — soweit es für den Leser ersichtlich — nur 9 zu einem Schlusse, also nicht einmal so viel brauchbare Analysen werden angeführt, als die Anzahl der dort beurtheilten Hautkrankheiten beträgt. Der zum Schlusse ausgesprochenen Ansicht des Verf., dass eine quantitative Analyse des Harnes mehr reellen Werth hätte für die Wissenschaft und vielleicht für die Praxis, wird wohl ein jeder aufmerksamer Leser gerne beipflichten.

Wie es nun mit den fremden Autoren entnommenen Daten steht, erlaubt sich Ref. im nächsten Hefte in einer denselben Stoff betreffenden Arbeit weiter zu analysiren, was umsomehr geboten ist, weil das Verhalten des Harnes zu den Hautkrankheiten soviel wie unbekannt ist.

Es ist übrigens zu hoffen, dass das lobenswerthe Bestreben des H. D. Bulkley das schon Vorhandene zu verwerthen und Neues zu schaffen, künftig positive Resultate erzielen wird. Vajda.

So lange eine Schminke aus unschädlichen Stoffen, wie Zink- und Bismuthsalze, zusammengesetzt ist, kann sie nach Rosenthal **(11)** als harmloses Surrogat verblühter Jugendfarben gelten. Gefährlich wird jedoch erst der Gesichtslack, wenn derselbe toxisch wirkende

Metallsalze enthält, die zu schweren Erkrankungen des Nervensystems den Keim legen.

Die toxische Wirkung der bleihältigen Schminke illustrirt der Verf. durch nachfolgende Beobachtung: Eine 50jährige Dame aus der Moldau klagte bei der im Jahre 1867 abgehaltenen Consultation über Kopfschmerz, über Schmerzen und Mattigkeit in den Gliedern, über zeitweilige Schmerzhaftigkeit der Ovarialgegenden (als Neuralgie der Ovarien gedeutet), sowie über hochgradige, nervöse Reizbarkeit. Das Uebel wurde für Hysterie erklärt und Patientin in eine Wasserheilanstalt gesendet, wo nach 10wöchentlichem Aufenthalte eine bedeutende Besserung der sensiblen Beschwerden und sichtliche Erkräftigung eintraten. Als im nächsten Jahre die schwerer erkrankte Dame neuerdings zur Consultation in Wien eintraf, bemerkte Verf., wie die Dame im nächsten Zimmer sich durch längere Zeit eine weisse Salbe an Gesicht, Nacken und Armen verrieb. Eine nähere Untersuchung der Patientin ergab starke Abmagerung derselben, auffällige Abnahme der Intelligenz, erschwertes, langsames Sprechen, die Bewegungen der Hände, besonders die Streckung des Carpus behindert und von Zittern begleitet, die Haut der Arme in ziemlichem Grade anästhetisch und analgetisch; überdies klagte Patientin über hochgradige Constipation, über Arthralgien und Schlaflosigkeit. Verf. stellte die Diagnose auf Bleiintoxication. Die weiterhin angestellten Untersuchungen ergaben beträchtliche Herabsetzung der el. m. Contractilität der paretischen Strecker, und die chemische Analyse des dem Fett beigemengten Pulvers wies Bleiweiss und kohlensauren Kalk nach.

Patientin wurde zur Kur nach Baden (bei Wien) geschickt, im Bade traten daselbst sofort Schwärzung der Nägel und mehrerer Stellen der Gesichtshaut ein. Der Gebrauch der Schwefeltherme linderte wohl die sensiblen Beschwerden, ohne jedoch die motorischen und intellectuellen Störungen zu beseitigen. Die Dame wollte hierauf nach ihrer Heimat reisen, als sie unterwegs unter plötzlichen Hirnerscheinungen verstarb. Die Autopsie unterblieb.

Verf. glaubt, dass Patientin an Hirnerweichung und Apoplexie zu Grunde ging. Für diese Annahme spricht der von Schotten mitgetheilte Fall, wo auf mehrjähriges Schwärzen der Haare mit Bleiplatten Convulsionen, Contractur und Lähmung der Extremitäten, schliesslich Coma auftraten, und die Section gallertige, bleihältige Erweichung an der Basis des linken mittleren Grosshirnlappens ergab.

In einem für Hysterie gehaltenen Fall von Neftel waren Vaginismus und Lähmung des Strecker in Folge des Gebrauches einer bleihältigen Schminke zu Stande gekommen. Mit der erfolgreichen Behandlung der Bleiaffection schwand auch der Vaginismus. Auch andere Autoren sahen auf Anwendung von bleihältigen Schminken und Salben nervöse Zufälle, Hautanästhesie, Dyspepsie und Lähmungen entstehen. In neuester Zeit wurden von E. Remak zwei Beobachtungen mitgetheilt, wo bleihältige Schminken schwere Encephalopathien und Lähmungen erzeugten.

Noch gefährlicher erweist sich der Gebrauch von quecksilberhältigen Schminken wegen der rascheren Einwirkung des Mercurs. In unseren Gegenden werden mercurhältige Pomaden nur ausnahmsweise von Charlatanen zu Markte gebracht. Doch in Serbien, in den Donaufürstenthümern, sowie bei der rumänischen Bevölkerung von Siebenbürgen gehören mercurhältige Schminken zu den stark verbreiteten und beliebten Toiletteartikeln. Aus jenen Gegenden stammen auch die beiden nachfolgenden Fälle:

Der erste Fall betraf eine 35jährige Moldauerin mit fein bemaltem und verstrichenem Gesichte. Die Frau klagte über Kopfschmerz, über vage Schmerzen in den Gliedern, über Herzflattern, hochgradige nervöse Unruhe und Mattigkeit. Verf. hielt damals das Leiden noch für hysterische Nervosität und rieth eben den Gebrauch eines Eisenbades an. Erst später erfuhr er, dass die Dame sich zu ihrer auffälligen Gesichtscolorirung der sogenannten Pasta Pompadour bediene, die aus weissem Präcipitat, Bismuthnitrat und Unguent besteht.

Im zweiten Falle war es eine 40jährige Siebenbürger Wallachin, die sich über Kopfschmerz, Schwindel, Arthralgie, Zittern der Hände und Schlaflosigkeit beschwerte. Der unangenehme Halitus des Mundes veranlasste Verf., letzteren zu untersuchen, wobei er Stomatitis mit nekrotischer Zerstörung mehrerer Alveolen des linken Oberkiefers und Ersatz durch künstliches Gebiss vorfand. Verf. glaubte es mit Lues und deren Nachwehen, der Hydrargyrose, zu thun zu haben. Eine nähere Nachforschung ergab jedoch, dass die Patientin niemals an Syphilis gelitten, aber durch sechs Monate eine stark mercurhaltige Schminke am Gesichte sowie an der Büste einrieb. Eine eingesendete Partie dieser Schminke bot eine nach Rosen riechende, opalisirende Flüssigkeit dar, mit weisslichem Bodensatze, der sich (durch die Reactionen mit Hydrothiongas, Aetzalkalien etc.) als Calomel heraus-

stellte. Nach dem später erlangten Recepte der Schminke muss überschüssiges Quecksilber in concentrirter Salpetersäure durch Kochen gelöst, die abgegossene Lösung mit 200 Grm. destillirtem Wasser verdünnt und dann in eine gesättigte Kochsalzsolution eingetragen werden; der erhaltene Niederschlag wird filtrirt, gut gewaschen und in 350 Grm. Rosenwasser eingemengt. Die Schminke wird mittelst Schwammes oder Leinenstückes am Gesichte verrieben.

Durch Druck und starkes Reiben können pulverige Blei- und Quecksilbersalze in die Schweiss- und Talgdrüsen getrieben werden, auch kann hierbei die Epidermishülle leicht Schädigungen erleiden. Nach Einreiben von Mercursalben finden sich Quecksilberkügelchen im Unterhautzellengewebe, sowie in der Leber und in den Nieren.

Eine grössere Anzahl von Versuchen über die Verimpfbarkeit von Hautaffectionen hat Donaud (**12**) angestellt. Sie ergaben, dass Herpes praeput. und Impetigo positiv verimpfbar seien, dass Ekthyma auf dem Träger wieder Pusteln erzeuge, dass Eczem, Zoster und wahrscheinlich auch Pemphigus auf Gesunden nicht haften. Die letzte Ueberimpfung von Herpes auf einen Vorderarm bewirkte Herpesbildungen auf der Handfläche, die alle 3—4 Monate wiederkehrten, aber weiter nicht überimpfbar waren. (Weitere Prüfung wäre abzuwarten. Ref.)

Eine Behandlungsweise, von der man, als sie aufkam, überspannte Hoffnungen hegte und als sie nicht erfüllt wurden, dieselbe wieder verliess, die aber trotzdem, wenn richtig in Anwendung gebracht, ganz gute Resultate herbeiführt, ist nach Pick (**13**) die Anwendung der Kautschukleinwand. Man benützte sie bei nässenden Eczemen und bei Eczema rubrum, doch wurde hier gerade ihr Gebrauch dadurch discreditirt, dass das Exsudat unter derselben zunahm und dass zuweilen unter ihr eine tiefe Exfoliation entstand.

Ganz gut ist ihr Erfolg bei Processen, die mit einer bedeutenden Trockenheit der Haut einhergehen, da die Verdunstung der Haut unter ihr verhindert wird. Ein solches erfolgt bei jenen Krankheiten, die mit einer excessiven Epidermisbildung einhergehen, wie bei der Psoriasis, Ichthyosis, bei Keratosen und beim späteren Stadium des Eczema dem s. g. E. squamosum. Durch den Belag verlängert man das Leben der jungen Epidermiszellen und erreicht dasselbe, was sonst das Wasserbett erreicht. Ausserdem unterstützt sie die anderen

parallel laufenden Behandlungsweisen, wie z. B. die Theereinreibung, welche die Haut spröde und trocken macht. Am Abend reibt sich der Kranke mit Theer ein, des Morgens wäscht er sich und nimmt die Gummileinwand in Form eines Kleidungsstückes; für die Kranken ist dies eine grosse Erleichterung. Die Haut kann unter dem Gummi-Kleidungsstück, über welches die gewöhnliche Kleidung angezogen wird, transpiriren, bleibt feucht und dies wirkt wohlthätig auf den Process ein. Bei gewissen Formen der Psoriasis genügt der alleinige Gebrauch der Gummileinwand. Gleich wohlthätige Folgen zeigt ihr Gebrauch bei jenen Formen von Krankheiten, die auf einer zu geringen Talgsecretion beruhen. Bei solchen Zuständen — der Xerodermie — bildet sich eine chronische Urticaria, die gewöhnlich in Prurigo, eine sonst für unheilbar gehaltene Krankheit übergeht. Dadurch, dass man der Xerodermie vorbeugt, verhindert man den Eintritt der Prurigo.

Ebenso wie man die Theerbehandlung mit dem Gebrauche der Gummileinwand combinirt, kann man ein Gleiches mit anderen Behandlungsweisen thun, z. B. mit Einreibung von Amylum und Glycerin (1:8).

Mit Hinweis auf die vor Kurzem stattgefundenen starken Fröste spricht Pick weiterhin von Congelationen und gibt statt des bekannten Volksmittels, des Tischlerleims, eine andere zweckmässigere Behandlungsweise an. Der Tischlerleim wirkt an sich als mechanisches Mittel ganz gut, hat aber den Nachtheil, dass er wegen seines Inhaltes an putriden Stoffen an der ohnehin durch die Entzündung empfindlicher gewordenen Haut leicht Eczeme und Eiterungen hervorbringt. Dasselbe wie der Leim wirkt, ohne die unangenehmen Folgen, seine Galatine, die man erwärmt ziemlich dick auf Leinwandstreifen aufstreicht und das ergriffene Glied damit umwickelt. Dort, wo wie am Ohre oder der Nase, dies nicht geht, streicht man die Gelatine direct auf die Haut auf und lässt sie eintrocknen.

Nach H. Hebra (**14**) ist bei Anwendung der Schabmethode in Hautkrankheiten vor Allem der allgemeine Standpunkt einzuhalten, dass man den Schablöffel überall dort anwenden kann, wo in grösserer Ausdehnung Gewebstheile entfernt werden sollen, während in normales Gewebe in kleinen Partien zerstreut eingebettete pathologische Gebilde sich für die Entfernung nach diesem Verfahren weniger eignen.

Vorerst erscheint das Schaben sehr zweckmässig bei Neubildungen an der Hautoberfläche. Lupus vulgaris und erythematodes, Epitheliome

sind die am häufigsten vorkommenden Objecte für diesen therapeutischen Eingriff, bei dessen Ausführung wir an den verschiedenen Neoplasmen verschiedene Beobachtungen machen.

Am leichtesten, d. h. mit der geringsten Kraftanstrengung lassen sich meist die Epitheliome entfernen; sie schälen sich häufig von der Unterlage ab, wie Butter vom Brode. Am meisten Gewaltanwendung braucht der Lupus erythematodes, und zwischen beiden steht der Lupus vulgaris. Bei allen dreien gilt die Regel, dass man im Allgemeinen so lange schabt, so lange noch sich überhaupt etwas von den Geweben entfernen lässt. Es hat nämlich die Erfahrung gelehrt, dass die normale Textur einen bedeutend heftigeren Widerstand dem Instrumente entgegensetzt als die pathologische, und man braucht daher keine Angst zu haben, dass man zu viel wegschabe. Ferner bemerkt man so lange noch krankhafte Gebilde vorhanden sind, während des Vollführens der Operation ein eigenthümliches knirschendes Geräusch, welches aufzuhören pflegt, sobald man die gesunde Basis erreicht hat.

Besonders beim Epitheliom sind die Ränder zu berücksichtigen, da von ihnen aus oft Recidiven erfolgen.

Die in Folge der Verletzung eintretende Blutung ist manchmal stark; in allen Fällen aber wird sie mittelst aufgelegter und angedrückter Charpie gestillt.

Der verursachte Schmerz ist oft heftig, nie aber heftiger als nach einer Aetzung mit Lapis infernalis. Der Patient geniesst aber den Vortheil, dass augenblicklich nach Sistirung des Angriffes die Schmerzen aufhören.

2 bis 3 Tage nachdem geschabt worden ist, belegt sich die Wunde mit einer dünnen gelblichen Membran, die durch Nekrosirung der beim Schaben zerquetschten Gewebspartikel, die nicht vollkommen entfernt worden sind, entsteht, sich im Verlaufe von 3—4 Tagen abgestossen hat und eine lebhaft rothe Wunde mit gutem Heiltrieb zurücklässt. Die Narben sind nach dem Schaben viel schöner, als nach irgend einer Aetzung, und eignet sich dieses Verfahren daher besonders für im Gesichte vorkommende Krankheiten und für Hautaffectionen in der Nähe von Gelenken.

Bei hartnäckigen Eczemen, die, meist nur kleine Strecken einnehmend, ein über das Normalniveau stark elevirtes circumscriptes Infiltrat besitzen, wendet Vf. anstatt concentrirter Kalilösung gleichfalls den Schablöffel an.

Die unter dem Namen Sectionscallus zusammengefassten, auf gleichzeitiger Neubildung und chronischem Zerfall derselben beruhenden Erkrankungen wurden früher meist erst nach längerer Behandlung mittelst Emplastrum hydrargyri oder Aetzungen von Essig-, Salpeter-, Salz- oder Chromsäure oder Kali caustic. zum Schwinden gebracht. Um nicht entstellende oder die Beweglichkeit beeinträchtigende Narben zu bekommen, musste nur immer sachte, so zu sagen jede einzelne Schichte nach der anderen entfernt werden. Mit dem Schaben geht es in einer Sitzung. Die producirte Wunde heilt rasch und die Narbe ist glatt und weich.

Auch bei Psoriasis kann man den Kranken vor einer Vergrösserung der kleinen Anfangsefflorescenzen bewahren, wenn man diese mit dem Löffel entfernt. Leider aber bleiben auch die einmal ausgekratzten Stellen nicht von Recidiven verschont.

Fälle von Sykosis, wobei nebst den zahlreichen Pusteln auch papuläre Wucherungen vorkommen, werden rasch geheilt, wenn man gleich anfänglich die Excrescenzen abschabt.

Dasselbe gilt von Comedonen, Akne vulg. und rosacea und jenen nach Variola häufigen, von den Talgfollikeln ausgehenden Wucherungen, aus denen sich bisweilen Lup. erythematodes entwickelt.

Von noch grösserem Vortheile aber ist das Ausschaben bei Geschwüren mannigfacher Art.

Sowohl die durch Varicositäten der Venen als die durch scrophulöse Diathese entstehenden Verschwärungen der Haut und der Lymphdrüsen verheilen bei keinem Verfahren so gut, wie durch Schaben. Bei der scrophulösen eitrigen Adenitis kann man in vielen Fällen einen Theil der oft noch gesunden Hautdecke erhalten, indem man durch eine schon vorhandene oder künstlich zu setzende Oeffnung mit einem kleinen Löffel eindringt und die ganze Drüsenwand auskratzt.

Von Hautkrankheiten, wobei die Epidermis noch unverletzt ist, erwähnt der Vf. vor Allem die Naevi, den Naevus verrucosus und die Pigmentflecke. Sind selbe klein, so können sie in einer Sitzung entfernt werden, bei grösseren ist ein stückweises Vorgehen angezeigt.

Zur Entfernung der Vitiligoidea plana, des Xanthoma palpebrarum eignet sich der Schablöffel gleichfalls sehr. Man muss hiebei nur den Vortheil anwenden, dass man an einer Ecke anfängt, dort mit einer scharfen Scheere die Epidermis einschneidet und nun mit einem kleinen spitzen Löffel unter das Gebilde zu kommen trachtet.

Dasselbe löst sich dann leicht aus seiner Unterlage aus, oft ohne dass ein Tropfen Blutes dabei vergossen wird.

Auch bei venerischen und syphilitischen Affectionen hat der Schablöffel gute Dienste geleistet.

Zuerst bei spitzen Condylomen. Die Entfernung mittelst einer Scheere hat den Uebelstand, dass man entweder zu wenig oder zu viel abträgt. Im ersteren Falle regeneriren sich die Condylome sehr bald, im letzteren setzt man überflüssig einen grösseren Substanzverlust. Mittelst des Schabens weicht man beiden Eventualitäten aus, man muss nur darauf bedacht sein, die Basis noch gut auszulöffeln.

Breite, syphilitische Condylome werden in der gleichen Weise entfernt. Die in diesen Fällen früher in Anwendung gezogene Plenk'sche Solution bewirkt heftigen mehrstündigen Schmerz und nachträglich eine bedeutende ödematöse Schwellung und Röthung der geätzten Partie. Auch ist beobachtet worden, dass, wenngleich selten, selbst die geringe, im Aetzmittel vorhandene Quantität von Quecksilbersublimat bei manchen Individuen Salivation verursacht hat. All' diesen unangenehmen Zufällen weicht man aus, wenn man die Condylome wegschabt. Ihre relative Weichheit lässt ein rasches Beendigen des Eingriffes zu, der Schmerz dauert nur die kurze Zeit des Eingriffes selbst an und die Heilung erfolgt in derselben Zeit wie bei der Solutio Plenkii.

Bei syphilitischen Ulcerationen gelten dieselben Gesichtspunkte wie bei den Geschwürsbildungen überhaupt.

15. Dujardin-Beaumetz. Chloralhydrat-Bäder bei Blattern. (Bull. gén. de Thér. 1876.)

16. Hutchinson, Edis. Ueber Varicella-Prurigo. (Brit. med. Journ. Vol. 2, 1875, p. 631, 663, 702.)

17. Hiller. Untersuchungen über das Contagium der Kuhpocken. (Centralbl. für die med. Wissensch. Nr. 20 und 21. 1876.)

18. v. Gulik. Ueber Aufbewahrung von Pockenlymphe. (Allg. med. Centralz. 1875. 76.)

19. Hiller. Anomalien in der Entwicklung von Impfpusteln. (Centralbl. f. d. med. W. Nr. 3, 1876.)

20. Hug. Impfrothlauf in der Stadt Freising im Jahre 1875. (Intelligenzbl. 49. 1875.)

21. **Broom.** Ein Fall von verspäteter Vaccine-Eruption. (Brit. Med. Journ. 6. Mai 1876.)

Chloralhydrat-Bäder (20 gramm pro balneo) fand Dujardin-Beaumetz (**15**) vortheilhaft bei Blattern zur Zeit der Abstossung der Epidermis en masse.

Hutchinson nennt (**16**) eine bei Kindern vorkommende, auch von Edis (daselbst) beobachtete juckende Eruption von Knötchen, Bläschen und Pusteln, welche kurz nach vorausgegangener Varicella („Schafpocken") oder nach der Vaccination auftritt, Varicella-Prurigo. Er ist der Meinung, dass Varicella u. s. w. wohl ihren infectiösen Charakter verliere, aber bisweilen die Haut reizbar mache und so Prurigo nach sich ziehe, besonders wenn die Varicella länger protrahirt oder in mehreren Ausbrüchen nach einander aufgetreten sei.

Die mikroskopische Untersuchung zahlreicher frischer Lymphproben von 10 mit echten Pusteln behafteten älteren Personen und 2 Kindern, zu verschiedenen Zeiten der Pockenentwicklung vorgenommen, ergab Hiller (**17**) als regelmässige Bestandtheile: Lymphkörperchen, Fragmente derselben, Faserstoffgerinnsel, ferner amorphe Eiweissconcretionen und endlich eine Anzahl „kleiner Körnchen," nämlich: 1. dunkelglänzende, braunrothe Körperchen (Blutpigment); 2. eine meist spärlichere Anzahl verschieden grosser, hellglänzender Kügelchen, welche bei Einwirkung von Kalilauge und Essigsäure persistiren und höchstwahrscheinlich fettiger Natur sind; 3. eine Gruppe blasser, opaker Körnchen von dem Lichtbrechungsvermögen des Protoplasmas farbloser Blutzellen, von welchen ein Theil a) durch Kalilauge 1 : 10, namentlich beim Erwärmen gelöst wird, also jedenfalls eiweissartiger Natur ist, der andere b) der Einwirkung genannter Reagentien widersteht und pflanzlicher Natur zu sein scheint („Micrococcen"). Es hat sich dem Verf. ergeben, dass die von einzelnen Beobachtern ausgesprochene Ansicht, dass die Pockenlymphe als constanten und wesentlichsten Bestandtheil „Micrococcen" enthalte, in dieser Ausdehnung jedenfalls unrichtig ist. Nach dem Gesammtergebniss seiner Untersuchungen werden Micrococcen in frischer Lymphe nicht häufiger und nicht zahlreicher gefunden, als auch sonst in subcutanen Flüssigkeitsansammlungen, z. B. in Abscessen, in Erisypelblasen oder in den durch Verbrennung, Quetschung und Aetzung

mittelst Canthuridentinctur erzeugten Hautblasen, namentlich wenn hier, wie in der Pocke, der Blaseninhalt bereits 2, 3, 4, 5 bis 7 Tage unter der Epidermis stagnirt hatte.

Verf. fand Mikroorganismen in etwa $^4/_5$ der von ihm untersuchten Fälle. Ihre Menge war in den positiven Fällen, selbst bei gleichem Alter der Pocke, sehr wechselnd. Immer aber werden sie mit zunehmendem Alter der Pusteln reichlicher gefunden, und gerade am reichlichsten gewöhnlich dann, wenn die Wirksamkeit der Lymphe schon wieder abnimmt, d. h. im Stadium der Eintrocknung.

Die Form der Organismen ist in den ersten Tagen fast immer die des unbewegten Monococcus; in späteren Tagen tritt neben diesem auch mehrgliedriger Streptococcus, selten Mono- und Diplobacteria auf. In Lymphe, welche unter Cautelen und ohne Zusatz von Glycerin in Capillarröhrchen aufbewahrt wird, tritt häufig keine Vermehrung der Elemente mehr ein; dagegen konnte in einer von den 3 so behandelten Röhrchen schon nach 9 Tagen deutliche Trübung durch Bacterienvegetationen constatirt werden. Glycerinlymphe blieb bis jetzt in allen (etwa 16) Röhrchen, zum Theil noch nach Monaten klar, wenn auch nicht immer wirksam.

Morphologische Verschiedenheiten zwischen den Micrococcen der Pockenlymphe und den in anderen Hautblasen oder den bei der Fäulniss auftretenden Organismen waren nicht wahrzunehmen.

Es zeigte sich, was die Wirksamkeit der Lymphe betrifft, bei 6840 angestellten Impfungen, dass der Grad der Wirksamkeit einer Lymphe und der Gehalt an Micrococcen sich durchaus nicht immer entsprechen. Lymphe, welche nur spärliche oder vielleicht gar keine niederen Organismen enthielt, wurde bei der Impfung gerade so virulent gefunden, wie solche, in welcher sie in reichlicher Menge nachweisbar waren. Im Allgemeinen schien das Bestimmende für den Grad der Contagiosität nicht die Menge der in der Lymphe enthaltenen Micrococcen (oder überhaupt „kleinen Körnchen") zu sein, sondern die Zeit der Entwicklung der Pocke, um welche die Lymphe entnommen war. Gerade zu derjenigen Zeit, in welcher die Wirksamkeit der Lymphe nach allgemeiner Erfahrung wieder abnimmt, also jenseits des 7. und 8. Tages, ist aber nach Verf. die Zahl der in derselben gefundenen Micrococcen gewöhnlich am grössten.

Umgekehrt kann Lymphe, in der sich keine Organismen nachweisen lassen, ungemein virulent wirken. Sehr auffällig war dies in

folgender Reihe: Glycerinlymphe von einem Kinde, Verh. etwa 1 : 1 (aus dem Berliner königl. Impf-Institut); die mikroskopische Untersuchung von 3 einzelnen Proben liess, abgesehen von ziemlich zahlreichen Hämatoidinkörnchen, keine Spur von Micrococcen erkennen. Impfung mit dem Rest auf 6 Kinder, 36 Impfstiche, davon 30 vorzüglich entwickelte Pusteln. Diese anscheinend völlig organismenfreie Lymphe gab also nicht weniger als 88·8 pCt. positiver Resultate.

Im Ganzen haben die Versuche dieser Reihe zu dem Resultat geführt, dass ein constantes Verhältniss zwischen der Contagiosität der Pockenlymphe und der Anwesenheit von Mikrococcen nicht existirt.

Um die Wirkung geschichteter Lymphe zu prüfen, machte Verf. folgende Versuche: 3 Röhrchen mit frischer, unverdünnter Lymphe wurden senkrecht in eine Kältemischung gesteckt, nach dem Gefrieren im warmen Zimmer langsam wieder aufgethaut und dicht unterhalb der Mitte zerbrochen. Mit der oberen und der unteren Hälfte wurden dann je 20 resp. 12 Mann revaccinirt (2 Reihen). Es ergab die obere Schicht (aus 228 Einzelimpfungen) 41·4 pCt. positiver Resultate, die untere 63·8 pCt. — mithin eine etwas grössere Wirksamkeit auf Seiten des körperchenreichen Antheils der Lymphe.

Hiernach scheint sich zu bestätigen, dass das wirksame Gift an die festen Bestandtheile in höherem Masse gebunden ist, als an die flüssigen, d. h. in dem Serum in diluirtem Zustande, dort in concentrirtem enthalten ist. Die Angabe Chauveau's, dass die Lymphflüssigkeit unwirksam sei, vermag Verf. nicht zu bestätigen. (Dieselbe entsprang einer Reihe von Diffusionsversuchen, welche nach H. nicht beweiskräftig sind. Nach einem bekannten physikalischen Gesetz von Graham diffundiren gar nicht einmal alle im Serum gelösten Stoffe, z. B. die Albuminate wenig oder fast gar nicht, ferner die einzelnen diffusiblen Stoffe überhaupt nicht gleichmässig. Das Diffusat der Lymphe enthält also immer nur Fragmente derselben und auch diese in einer ganz veränderten Zusammensetzung. Zweitens befindet sich das Diffusat in einem Zustande der Verdünnung, welcher die Wirksamkeit des Giftes erfahrungsgemäss schwächt. Drittens sind auch chemische Veränderungen bei dieser Procedur nicht ausgeschlossen.

Bei Aufbewahrung von Pocken-Lymphe geht Gulik (**18**) folgendermassen vor: Die Lymphe wird aus der geöffneten Pustel auf einem Uhrglase gesammelt. Hierzu setzt er eine gleiche Menge einer Mischung von Glycerin und destillirtem Wasser, in welcher Salicylsäure aufgelöst ist. Um eine möglichst grosse Menge Salicylsäure aufgelöst zu erhalten, schüttet er Salicylsäure in Ueberschuss zu der in einem Reagenzglase befindlichen Glycerinlösung. (Glycerin und Aqu. dest. aa) und kocht. Nach dem Erkalten giesst er die klare Lösung vorsichtig ab. Man muss die frisch gesammelte Lymphe mit der so bereiteten Salicylsäurelösung auf einem Uhrglase gehörig mischen und dann vor der Einfüllung in die Capillarröhrchen stehen lassen. Die Fasserstoffgerinnsel sinken so zu Boden und gelangen nicht in die Röhrchen. Bei der Aufbewahrung hat man ausserdem dafür zu sorgen, dass die Lymphe weder gefriert, noch einer zu grossen Hitze (Mittagssonne etc.) ausgesetzt wird.

Wie lange eine so bereitete Salicyl-Lymphe ihre volle Wirksamkeit bewahren wird, lässt sich noch nicht bestimmen. Ein volles Jahr alte Salicyl-Lymphe schlug bei der Impfung so vollständig an, dass auch nicht eine Pustel ausblieb.

Im Anschluss an eine kürzlich von Wiehen gemachte Mittheilung über ungleichzeitige Entwickelung gleichzeitig geimpfter Kuhpocken (d. Viertj. 1875 p. 518) berichtet Hiller (**19**) über eine Anzahl analoger Beobachtungen, die er bei der Revaccination von etwa 700 kräftigen jungen Männern (Recruten des Gardecorps) zu machen Gelegenheit hatte:

1. Ungleichzeitige Eruption der Pockenpusteln bei gleichzeitiger einmaliger Impfung 4 Fälle.

2. Erste Impfung erfolglos, zweite Impfung von Erfolg und gleichzeitige Entwicklung von Pusteln auf der ersten Impfstelle 3 Fälle.

3. Erster Erfolg unvollständig, Impfung wiederholt und nunmehr reife Pustelentwicklung auf beiden Impfstellen. 3 Fälle.

In diesen Fällen scheint ein begünstigender Einfluss der zweiten Impfung auf die Entwickelung der ersten verkümmerten Pusteln unverkennbar, falls man nicht auch hier eine Spätentwickelung annehmen will. Dass ein solcher Vorgang jedenfalls nicht häufig ist, zeigten ca. 60 andere Fälle, in denen, nach Ausweis der Listen, aus

gleichem Grunde die Impfung wiederholt werden musste, und in welchen stets nur Pustelbildung auf der letzten Impfstelle erfolgte.

Uebrigens zeigte sich auch hier, dass der fehlende oder unvollkommene Erfolg einer einmaligen Revaccination noch nicht den Schluss gestattet, dass das Individuum unempfänglich sei für die Pockenimpfung. Es ist dem Verf. höchst auffallend gewesen, dass Lymphe, die bei 40 anderen Personen sich als durchaus wirksam erwies, bei 10 anderen mit der gleichen Sorgfalt Geimpften wirkungslos blieb, während hier die Impfung mit einer anderen Lymphe, 8 Tage später ausgeführt, von gutem Erfolge war. Solche Erfahrungen, die gewiss jeder Arzt bestätigen kann, haben ihn wiederholt veranlasst, sich die Frage vorzulegen: Ist es möglich, dass ein Individuum, welches heute sich unempfänglich für die Revaccination zeigt, nach 6 Tagen schon für dieselbe empfänglich wird? oder existiren vielleicht in der Qualität der Lymphe verschiedener Impflinge gewisse individuelle Verschiedenheiten, in ganz ähnlicher Weise, wie solche zwischen der Lymphe der einzelnen Thierspecies existiren?

4. Erste Impfung von Erfolg, zweite Impfung, 5—7 Tage später ausgeführt, gleichfalls von Erfolg.

Bekanntlich gehen die Ansichten der Autoren darüber auseinander, wieviel Pusteln erforderlich seien, um der Impfung die gewünschte Schutzkraft zu verleihen. Nach den vorliegenden Erfahrungen, die Eulenberg gesammelt hat, lässt sich die Frage dahin beantworten, dass allerdings selbst eine spärliche Zahl von Pusteln den Zweck vollkommen zu erfüllen vermag, dass jedoch die Dauer der Schutzkraft mit der geringeren Zahl der Impfpusteln (im Durchschnitt unter 5) abnimmt.

Jenen Zweifeln entspricht die in der Armee ziemlich verbreitete Tradition, Mannschaften, bei denen die Zahl der entwickelten Kuhpocken weniger als 3 beträgt, als nicht vollständig durchseucht zu betrachten und deshalb noch einmal zu impfen. Diesem Gebrauch verdanke ich die einschlägigen Beobachtungen. — Verf. hatte 27 Fälle als hier verwerthbar zusammengestellt. In sämmtlichen war es innerhalb der ersten Woche zur Entwickelung von 1—3 typischen Pusteln gekommen; die Impfung wurde am 5. (10 Mal) und 7. Tage (17 Mal) auf dem anderen Arm wiederholt. Bei diesen 27 Recruten wurde noch 14 Mal ein zweiter positiver Erfolg erzielt, und zwar 6 Mal 4 Pusteln und darüber, 8 Mal weniger als 4.

Vergleichsweise wurde bei 12 anderen, ebenfalls mit Erfolg revaccinirten Leuten die Impfung am 15. resp. 16. Tage nachher wiederholt, also zu einer Zeit, wo die ersterzeugten Pusteln bereits verschorften. In diesen Fällen zeigte sich die Nachimpfung kein einziges Mal wirksam.

Diese Beobachtungen bestätigen die schon von Bryce im Jahre 1802 mitgetheilte Erfahrung, dass man durch Wiederholung der Impfung nach dem 6. Tage derselben, bevor sich an der Pocke der Hof ausgebildet habe, immer noch neue Pusteln erzeugen könne. Im Einklange damit hat auch Sacco durch genaue Versuche nachgewiesen, dass die Schutzkraft der Vaccine erst zwischen dem 11. und 13. Tage nach der Vaccination eintritt, eine Erfahrung, die durch Beobachtungen am Krankenbett (Blatternerkrankung während und unmittelbar nach erfolgreicher Impfung) vielfach bestätigt wird.

5. Entwickelung von Pockenpusteln neben der Impfstelle. 2 Fälle.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass es sich in den beiden Fällen um eine Uebertragung des Giftes von den Impfstellen durch die Fingernägel handelt. Beide Leute gaben wenigstens zu, sich des Nachts wegen unerträglichen Juckens häufig gekratzt zu haben. Bei dem Einen waren noch deutliche, mit blutigem Schorf bedeckte Striemen sichtbar.

6. Erfolgreiche Impfung auf Akne- (und Psoriasisflecke.) 1. Fall.

In einem anderen Falle kam es von mehreren auf Psoriasisflecke geimpften Stichen zur Entwickelung von circumscripten Papeln mit Bläschenbildung an der Spitze, während die Impfung auf die gesunde Haut 2 Mal erfolglos war.

7. Erfolgreiche Impfung im Prodromalstadium des Ileotyphus.

Einjähriger Dr. L. wurde am 24. April 1875 revaccinirt, 8 Stiche in den rechten Oberarm. 3 Tage darauf klagte er über Kopfweh, Abgeschlagenheit und Frösteln; von den Impfstichen sind 5 leicht geröthet und papulös. — Am 29. April zeigen 4 Stiche Neigung zur Pustelbildung (Bläschen mit entzündetem Hof); das Allgemeinbefinden nach Darreichung von Chinin nicht viel besser. — Am 2. Mai 4 deutliche Pusteln. Pat. fiebert, klagt über grosse Hinfälligkeit und Kopfweh; eine leichte Diarrhöe, Zunge trocken und belegt. — Am 5. Mai: Pat. hat seit dem 2. Mai das Bett nicht mehr verlassen. Die Pusteln sehen schlaff aus, sind jedoch immer

noch deutlich; Haut rings herum diffus geröthet. Die objective Untersuchung ergiebt Milztumor, Gastro-Intestinalkatarrh, einzelne Roseolaflecke auf dem Abdomen, ledhaftes Fieber. — Am 8. Mai sind die Pusteln verschorft, Roseola auf Brust und Unterleib sehr reichlich und ungewöhnlich deutlich (fast papulös). Die übrigen Typhussymptome dieselben. — Die Krankheit verlief in der Folge als ein mittelschwerer Ileotyphus und endete nach 4—5 Wochen in Genesung.

Hug beobachtete 1875 ein Impferisypel in Freising (**20**). Die Zahl der Erkrankungen in der Stadt schätzt er auf 30, die Zahl der mit Erfolg Geimpften beläuft sich, inbegriffen die Schulkinder, Gewerb- und Lateinschüler auf 293.

Das Krankheitsbild bestand in einer oder in mehreren pemphigusartigen, durchsichtigen, halbkugeligen, gelbes Serum enthaltenden Blasen, welche auch wohl jenen Blasen vergleichbar waren, die sich nach Anwendung eines Vesicators oder bei Verbrennungen II. Grades auf der Haut erheben. Diese Blasen hatten sich schon am 5. Tage nach der Impfung zu bilden angefangen und waren entweder am Tage der Revision schon geplatzt oder waren noch gefüllt. Im ersteren Falle sonderten sie Serum in solcher Menge ab, dass die Hemdärmel der Kinder ganz durchtränkt waren und das Secret die gesunde Epidermis der Nachbarschaft, ja sogar des ganzen Oberarmes bis zum Ellbogen herab anätzend röthete. Der Sitz dieser Blasen war entweder in der Peripherie der Schutzpocken, oder sie wölbten sich über den genabelten Vaccinen, welche dann nach Berstung derselben durch die nachfolgende Serum-Ausschwitzung zerfielen und in Verschwärung übergingen.

Bei dem einen oder anderen Impflinge stellten sich die Blasen so frequent ein, dass der ganze Rayon, wo die Schutzpocken lagerten, wie geschunden aussah; bei einem zweiten waren sie seltener, bei einem dritten sah man bloss ein einzelnes erbsengrosses Wasserbläschèn; bald hafteten die Bullae auf beiden Armen, bald nur auf einem derselben, während auf dem anderen die Schutzpocken das Gepräge der ächtesten Impfblattern an sich trugen. Das Nässen der wunden Hautstellen dauerte 8 Tage bis 4 Wochen; die wenigsten Fälle, in welchen dann hie und da auch ein Erythem sich über den Körper mehr oder weniger ausdehnte und Fiebererscheinungen und Unruhe unverkennbar waren, erheischten innerliche medicamentöse

Nachhilfe; in anderen Fällen genügte öfteres Reinigen der Wundstellen oder eine Localbehandlung mit Bleiwasser oder Zinksalbe. Es starb nicht ein einziger Impfling, gleichviel ob er normale Pusteln an sich trug, oder ob er am Impfrothlaufe participirte.

Broom theilt (**21**) einen Fall von verspäteter Eruption der Vaccinepusteln mit. Ein (syphilitisches) Kind wurde am 5. Jänner auf dem rechten Arme geimpft; am 12. Jänner, da kein Erfolg sichtbar war, sofort am linken Arme revaccinirt; als das Kind nach acht Tagen zur Revision gebracht wurde, zeigten sich an den zuerst geimpften Stellen rechterseits gut entwickelte Vaccinepusteln.

22. Broadbent. Rasche Recidive von Scharlach. (British Medical Journ. 1. April 1876.)

23. Bernoulli. Exanthema scarlatinoides recidivum. (Corr. Bl. f. Schweizer Aerzte Nr. 5, 1876.)

24. Loeb. Die Incubationsdauer des Scharlach. (Jahrb. f. Kinderheilk. n. F. 9. Bd. 1875.)

25. Olshausen. Untersuchungen über die Complication des Puerperium mit Scharlach und die sogenannte Scarlatina puerperalis. (Archiv f. Gynäkologie, IX. Bd. 2. H. 1876.)

26. Baader. Drei Fälle von acuter Verblutung bei Scharlach. (Corresp. Bl. für Schweizer Aerzte Nr. 8, 1876.)

27. Schmidt-Rimpler. Ueber die bei Masern vorkommenden Augen-Affectionen. (Berliner klin. Wochenschrift 1876 Nr. 15 und 16. — Ref. d. Wiener Rundschau.)

Broadbent theilt (**22**) einen Fall rasch recidivirender Scarlatina mit, welcher im Londoner Fieberhospital zur Beobachtung kam.

Am 29. Juli wurde eine Köchin im Fieberhospital aufgenommen, welche 3 Tage vorher unter Erbrechen, Halsschmerz und Frost erkrankt war. Am Tage der Aufnahme zeigte sie ein deutliches Scarlatinaexanthem auf Gesicht, Brust und Armen. Die Zunge bot das charakteristische Aussehen dar. — Am 4. August war sie fieberfrei. Kein Albumen im Urin. — 21. August von Neuem Fieber, Halsschmerz und Frost und am nächsten Tage eine lebhafte Scharlacheruption über den ganzen Körper. Die Haut an Gesicht, Füssen und Händen schuppte noch ab. Kein Albumen im Urin, Fieber. Abendtemperatur 103 F. Puls 120. 25. August fing das Exanthem an abzublassen. — 30. August fieber-

frei und beginnende Desquamation. Urin frei von Albumen. Es war also 17 Tage nach Ablauf des ersten Anfalles ein zweiter Ausbruch des Exanthems eingetreten.

In einer Krankengeschichte Bernoulli's (23) haben wir es mit zwei Erkrankungsfällen desselben Individuums, einer 50jähr. ledigen Dame zu thun, die beide auf den ersten Blick als Scharlach imponirten. Beide Erkrankungen fielen in Jahre, in denen Scharlach in Basel epidemisch herrschte, im ersten Falle in minderem, im zweiten Falle in stärkerem Grade und diesmal namentlich in dem von der Pat. bewohnten Quartier. Ansteckungsgelegenheit liess sich aber weder hier noch dort ausfindig machen. Beide Male ging dem Ausbruch des Exanthems eine leichte fieberhafte Affection der Respirationsschleimhaut voraus. Die erstmalige Erkrankung lässt sich, an und für sich betrachtet, kaum anders als ein leichter Fall von Scarlatina mit starker Eruption deuten; leichtes Fieber, schneller regelmässiger Ausbruch eines universellen Erythems, nachfolgende Hautabschuppung (an Volae und Plantae leider nicht beobachtet), etwas Angina (Zunge unvollkommen beobachtet), sind zur Diagnose hinreichend. Eine zweitmalige Erkrankung an Scharlach nun trat zwei Monate nach der Genesung auf. Die plötzliche charakteristische Röthe, am Halse beginnend, allmälig gegen die Füsse fortschreitend, mit gleichzeitiger Temperaturerhöhung, die Aufangs stark belegte, später himbeerartig geröthete Zunge, die deutliche Angina wiesen jeden Zweifel zurück. Am 11. Tage der Krankheit erkrankte eine im gleichen Stocke wohnende Pflegetochter an stark fieberhafter Angina ohne Exanthem, was Verf. ebenfalls als Scharlach auffasste. (Diese Patientin war in kurzer Frist wieder genesen.) Ferner erkrankte in einem andern Stocke desselben Hauses und einer andern Familie angehörig ein 16jähriges Mädchen an Scharlach, dessen Mutter während der Krankheit hier und da die erstere Kranke besucht hatte. Was aber noch in höherem Grade aussergewöhnlich erscheint, ist das wiederholte Recidiviren der Krankheit: 1. Anfall am 29. Mai, 2. Anfall am 9. Juni, 3. Anfall am 19. Juni, 4. Anfall am 25. Juni, 5. Anfall am 10. Juli, ferner dass die Kranke 6 Jahre früher eine gleiche Krankheit, doch ohne Recidiv überstanden hatte: also zweimalige Scharlacherkrankung, das zweite Mal mit 4 Recidiven! Schliesslich macht Verf. noch auf die Abschuppung aufmerksam. Am Rumpfe etc. erfolgte sie zweimal, vielleicht noch öfter, in Kleienform; an den

Extremitäten zweimal als membranacea. An den Finger- und Zehennägeln documentirte sich Krankheit und Genesung durch kräftigeres und schwächeres Wachsthum: eine Anzahl ziemlich starker Querwälle zeigen sich congruent mit den deutlichern Recidiven der Krankheit.

In zwei Fällen von Scharlach glaubt Loeb (**24**) die Incubationszeit genau verfolgt zu haben. Im ersten Falle (seiner eigenen Tochter) trat die Vergiftung am 3. März Nachmittags ein und die ersten Symptome am 5. März, 2 Uhr Nachmittags, am nächsten Morgen das Exanthem. Im zweiten Falle (seinem Dienstmädchen) die Vergiftung an einem Mittwoch Abends und am nächsten Dienstag Abends die Fiebersymptome. (Die Incubationsdauer variirt noch über diese Grenze hinaus. Ref.)

Olshausen stellte sich (**25**) die Aufgabe, nachzuweisen, dass der Scharlach der Wöchnerinnen durchaus nicht als Septikämie aufzufassen sei, indem in den meisten Fällen eine Infection mit Scharlachcontagium nachweisbar gewesen und nur in ganz vereinzelten Fällen Anomalien der Genitalorgane im Leben oder bei der Section nachweisbar waren, die auf eine puerperale Infection hätten hinweisen können. Er erklärt die Auffassung des Scharlachs im Wochenbette als Septikämie für eine vollständig unerwiesene, willkürliche Annahme.

Dennoch aber gibt er zu, dass der Scharlach im Wochenbette gewisse Eigenthümlichkeiten aufweise.

Es sind diess die grosse Lethalität der Fälle und das fast constante Auftreten in den ersten Tagen des Wochenbettes.

Zur Erklärung des zweiten Punktes greift O. zur Hypothese, dass der Ausbruch des Scharlachs in der Schwangerschaft überhaupt schwer zu Stande komme, im Wochenbette aber leicht, und dass die Incubation in der Schwangerschaft vielleicht Monate dauern könne, im Puerperium wahrscheinlich nur wenige Tage, und dass das latente Contagium mit der Entbindung zur Wirkung komme. Gegen 7 Fälle in der Schwangerschaft fand er 134 Fälle im Wochenbette in der Literatur verzeichnet.

Aus der Literatur ergeben sich dem Verf. ferner folgende Eigenthümlichkeiten des Scharlachs im Wochenbette: Derselbe kommt häufiger bei Erst- als bei Mehrgebärenden vor, was sich wohl aus dem Umstande erklären lässt, dass sich unter den durchschnittlich älteren Mehrgebärenden weniger Personen finden, die Scarlatina noch nicht gehabt.

Unter 141 Fällen fallen 7 Erkrankungen auf die Zeit der Schwangerschaft, 8 erfolgten unmittelbar post partum, 62 am ersten und zweiten Tage, 27 am dritten, nach dem dritten 22, nach dem fünften Tage keine einzige mehr.

Die Lethalität war 48 Proc. (3 Schwangere und 64 Wöchnerinnen). Der Procentsatz der Todesfälle war um so grösser, je früher post partum die Scarlatina erschien.

Baader beschreibt (**26**) 3 Fälle von Scharlach mit acuter Verblutung, wovon jedoch keiner eine Scarlatina haemorrhagica war. Der erste Fall betraf ein 4jähriges Kind, das an Scarlatina mit schwerem Verlauf erkrankte, doch war starke Rachendiphtheritis vorhanden. Am Ende der 3. Woche entwickelten sich auf der rechten Seite infiltrirte Halsdrüsen, welche rasch vereiterten. Nach Incision und Eiterentleerung gut fortschreitende Heilung. In der 4. Woche entstand an der linken Halsseite ein rasch wachsender Tumor, der so bedeutend war, dass sich die Anschwellung über das Niveau des Unterkieferrandes vorwölbte, die Haut blauroth, marmorirt erschien; dabei Erscheinungen von Tracheostenose, Incision. Aus der Schnittwunde drang Blutcoagulum, dann ein arterieller Blutstrahl. Die Blutung stand auf Digitalcompression und wiederholte sich nicht beim Ausspritzen des vorhandenen weiten Sackes. Compressivverband. Am 3. Tage plötzlich Tod unter heftiger Blutung aus Mund und Nase. Die Section zeigte eine jauchige Abscesshöhle und an der inneren Seite der Carotis ext. eine durch jauchige Arrosion entstandene Oeffnung und ein zweite von der Abscesshöhle in den Rachen dringende Perforation.

Der 2. Fall betraf einen 6jährigen Patienten. Nachdem Scharlachdiphtherie des Rachens, der Nasen- und Mundhöhle ziemlich geheilt, entstand ein Abscess auf der rechten Halsseite. Derselbe wurde incidirt und schien gut zu heilen, als gegen Ende der dritten Krankheitswoche beiderseitige Pneumonie und plötzliche tödtliche Blutung aus der Wunde eintrat. Die Section zeigte in der Vena jugul. externa eine unregelmässig gezackte Perforation.

Der 3. Fall betraf einen 3jährigen Scharlachkranken. Bei demselben entwickelte sich eine Otitis media purulenta, Nekrose des Felsenbeins, Arrosion des Sinus transversus, Verblutung aus dem Ohre. Bei der Section fand sich ein kleines fadenförmiges Blutgerinnsel, das sich von dem äusseren Gehörgange durch das geöffnete

Cavum tympani hindurch in den queren Blutleiter erstreckte. B. führt aus der Literatur noch zwei weitere Fälle der so sehr seltenen Verblutung aus dem Ohre an. Therapeutisch empfiehlt er neben Tamponade des Meat. aud. ext. mit Eisenchloridwatte Digitalcompression der Carotis communis, der die Ligatur der Caritis interna sofort zu folgen habe. Stammt die Blutung freilich aus dem Sinus transv., so wird die Unterbindung erfolglos sein. Von der Tamponade ist vielleicht eine Sinusthrombose zu erwarten.

Die gewöhnlichste Form der bei Masern vorkommenden Augenkrankheiten bildet nach Schmidt-Rimpler (27) eine Conjunctivitis simplex, unter deren Symptomen der reichliche Thränenfluss und die unverhältnissmässige Lichtscheu sich besonders bemerkbar machen. Der Thränenfluss ist deshalb so stark, weil der gleichzeitig vorhandene Katarrh der Nasenschleimhaut und des Thränen-Nasenganges zur Stauung der Thränen Anlass gibt; den Grund der Photophobie sieht S. in dem Umstande, dass wir es bei den Masern gewöhnlich mit Kindern zu thun haben, — diese aber aus Mangel an Energie und Selbstbeherrschung auch bei ganz leichten Affectionen eine grosse Lichtscheu zu erkennen geben.

Ausser der gewöhnlichen katarrhalischen Conjunctivitis sah S. bei Masern den Schwellungskatarrh, die phlyktänuläre Conjunctivitis und Keratitis, kleine oberflächliche Infiltrate der Hornhaut und Blepharodenitis.

Einmal beobachtete S. das Auftreten einer acuten Blennorrhöe in den beiden Augen eines 4jährigen Kindes, welches, nachdem es vom Schwellungskatarrh und Randkeratitis fast geheilt, an Masern erkrankte. Mason behandelte bei einem 8monatlichen Kinde eine Mischform von Croup und Diphtherie, die nach Masern aufgetreten war.

Von schweren Formen gemeiner Hornhautaffectionen kommen das torpide Eiterinfiltrat und die Keratomalacie zur Beobachtung. Die Iris betheiligt sich — im Gegensatze zum Scharlach — nur secundär.

Fischer sah nach Masern dauernde Photophobie und erwähnt auch, dass eine Amaurose mit Hirnaffection zurückbleiben kann. Bierbaum beobachtete acht Tage nach dem Ausbruche von Masern das Auftreten von Strabismus.

Thomas führt unter den Nachkrankheiten der Masern auch Accommodationsparesen und in Folge davon Strabismus convergens an.

Es ist wohl wahrscheinlich, dass es sich in diesen Fällen um einfache Schwäche des Ciliarmuskels gehandelt, welche namentlich in hyperopischen Augen zum Anlasse des Einwärtsschiebens im Dienste des Deutlichsehens wird.

Die während der Masern auftretenden Augenaffectionen verlangen dieselbe Behandlung, wie die gleichartigen, gemeinen. S. warnt vor der beliebten starken Verdunkelung der Zimmer und Absperrung der Luft. Die Furcht vor der Application des kalten Wassers bei Masernkranken ist eine ganz ungegründete und es sind kalte Umschläge bei heftigen Conjunctivitiden von bestem Effect.

28. **Pick.** Ueber das Erythema multiforme. (Prager med. Wochenschrift 1876, Nr. 20.)
29. **Lewin.** Vorläufige Mittheilung über das Erythema exsudativum. (Berliner klin. Wochenschr. 1876, Nr. 23.)
30. **Nitsche.** Behandlung von Verbrennungen. (Tagblatt der Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte in Graz 1875.)
31. **Léopold.** Fieberhafte Urticaria nach Blutegeln. (Revue des Sciences méd. Oct. 1875.)
32. **De Ranse.** Wespenstich in die Wand der Speiseröhre mit Urticaria. (Gaz. méd. 1875. Nr. 38.)
33. **Bulkley.** Chronische Urticaria mit Basedow'scher Krankheit (exopthalmic goitre). (Chicago Journ. of nervous and mental Disease. October 1875.)
34. **White.** Derselbe Gegenstand. (Boston med. Journ. 15. Februar 1876.)
35. **Raynaud** Vitiligo und Basedow'sche Krankheit. (Arch. gén. de Méd. Juni 1875.)
36. **Lerebouillet.** Ueber die Urticaria als Complication von Echinococcus hepatis. (Gaz. hebdom. 1876. Nr. 16.)

Ueber einen Fall von Erythema multiforme Hebra berichtet Pick (28). Derselbe betraf einen 22jährigen, seit 2 Monaten an Kopfschmerz und Abgeschlagenheit leidenden Mann, der seit 7 Wochen Farbenveränderungen an der Haut zeigte. Bei seiner Aufnahme fanden sich fast über den ganzen Körper verbreitet ringförmige oder ovale, hell- oder lividrothe, 1—2 Mm. breite Zeichnungen, theilweise etwas erhaben, die Röthe schwindet unter dem Fingerdruck vorübergehend.

Nirgends Bläschenbildung oder Abschuppung. Die Haut der Vorderarme und Unterschenkel, des Gesichtes und Halses normal.

Auf den intacten Stellen ist man leicht im Stande, die bekannten Druckstreifen (wie bei Urticaria) hervorzurufen. Leichtes Brennen und Jucken. Die Weiterentwicklung geschah so: Die Peripherien erblassten nach und nach, die Centralscheiben gestalteten sich zu Kreisen, im Mittelpunkte traten neue Knötchen auf. Der Turnus für jede Efflorescenz betrug circa 10—14 Tage. Neue Formationen cessirten erst nach 6 Monaten.

Verf. weist auf die von den gewöhnlichen Fällen abweichende Localisation und auf die seltene Dauer der Krankheit in diesem Falle hin und plaidirt ferner dafür, dass es sich bei solchen Processen um einen krankhaften Zustand der Gefässwände (Verringerung ihrer Contractilität) handeln müsse.

Zum Schlusse spricht sich Verf. gegen die von Kaposi aufgestellte (dieses Archiv 1871, p. 381) Annahme eines parasitären Ursprungs des Eryth. multiforme aus, indem er einerseits den absolut negativen Befund im vorliegenden Falle, anderseits die Wahrscheinlichkeit betont, dass es sich in Kaposi's Fällen um eine Complication mit Herpes tonsurans gehandelt habe.

Ueber denselben Gegenstand gibt Lewin (**29**) eine vorläufige Mittheilung, in welcher er zu folgenden Sätzen gelangte:

1. Das Erythema exsudativum ist eine vasomotorische Neurose.

3. Dasselbe durchläuft mehrere Entwicklungsphasen:

a) Die Phase des Erythema exsudativum mit rothen Flecken und ihre Metamorphosen, nebst Infiltration des subcutanen Bindegewebes. Meist endet die Krankheit mit Ablauf dieser Phase.

b) Bisweilen treten dazu unter Fieber und rheumatoiden Schmerzen Pustelbildungen auf den rothen Stellen, welche mit Pocken verwechselt werden können (geradeso wie etwa das erste Stadium des Erythema mult. mit Morbillen? Ref.).

c) Es bilden sich entzündliche Gelenksaffectionen aus

d) Entzündliche Affectionen des valvulären Endocardiums.

Als ursächliche Momente des Erythema exsudativum bezeichnet Verf. neben Erkältung (bei einem „nicht unbeträchtlichen“ Contingente der Kranken, namentlich Frauen), Entzündung und Ulceration der Urethra. Er sucht diese Behauptung durch klinische Beobachtungen

(gleichzeitiges häufiges Vorkommen von Urethralblennorrhöe bei mit Erythem erkrankten Frauen) und das Experiment zu stützen, indem er bei einer schon von Erythem geheilten Frau nach mechanischer Reizung der Harnröhre ein Recidiv von Erythem hervortreten sah. Verf. erklärt demnach das Erythema exsud. für eine vasomotorische Neurose. Auch die gonorrhoische Ophthalmie soll nach dem Verf. bisweilen, sowie die gonorrhoische Arthritis, als vasomotorische Reflex-Neurose aufzufassen sein.

Schliesslich erwähnt Verf., dass das Erythem bisweilen epidemisch auftrete, wahrscheinlich durch ein flüchtiges Contagium erzeugt.

(Dass das Eryth. multif. eine vasomotorische Neurose sei, ist gar keine neue Behauptung. Auch Ref. hat in seiner Abhandlung über venöse Stauung (dies. Archiv 1874) von ihm angestellte Versuche, welche sich auch auf Urticaria- und Erythemaformen bezogen, in dieser Richtung angeführt. Sicher scheint es, dass das Eryth. multiforme eine cyklische Krankheit ist, welche einerseits an die Urticaria den innigsten Anschluss hat, die ja allseitig als vasomotorische Neurose gilt [siehe die angef. Arb. über venöse Stauung, pag. 310 ff.], anderseits zu Extravasationsformen [Purpura] und endlich zu Rheumatosen gleich den letzteren in Beziehung steht. Unter diesen Gesichtspunkten mögen die Angaben Lewin's betrachtet werden — soweit sie sich klinisch und experimentell rechtfertigen lassen.)

Bei Verbrennungen bestrich Nitsche (**30**) früher die verbrannte Fläche mit gewöhnlichem Leinölfirniss, bevor er den Watteverband darüberlegte. Später löste er in dem zum Anstrich zu gebrauchenden Leinölfirniss Carbolsäure im Verhältniss von 1:29 auf und nahm durch Carbolsäure desinficirte Watte als Deckmittel, womit er denn auch ausgezeichnete Resultate erzielte. Doch kam dabei noch häufig genug an einzelnen Stellen Eiterung vor, während sonst die Heilung ohne Eiterung erfolgt.

Sein Verfahren, wie er es jetzt übt, ist folgendes:

Er nimmt statt der Carbolsäure Salicylsäure. Die ganze verbrannte Fläche wird, ohne Versuch gewaschen zu werden, nach Entfernung der gröbsten Unreinlichkeiten und Epidermisfetzen, mit Firniss, in welchem Salicylsäure im Verhältniss von 1 : 10 gelöst worden ist, dick und wiederholt überstrichen, dann wird Bruns'sche Watte, auch möglichst dick daraufgelegt, besonders dick auf jene Stellen, an denen

sich noch uneröffnete Blasen befinden, und dann die Extremität oder der Rumpf mit breiten zerrissenen Multon- oder Calicotbinden gleichmässig eingewickelt. Bei Verbrennung des Rumpfes speciell verwendet er besonders breite Binden. Der Erfolg ist vortrefflich.

Léopold erzählt (**31**), dass eine hysterische Frau, welcher acht Blutegel auf die Kreuzbeingegend gesetzt worden waren, von einer allgemeinen Urticaria mit Fieber befallen wurde. Verf. erinnert an den Fall von Scanzoni, wo nach Application von Blutegeln an der Vaginalportion Urticaria aufgetreten war und bezeichnet den Vorgang als eine Erregung des Gefässsystems durch Reizung eines Nervenplexus.

Ranse (**32**) berichtet, dass ein Mann bei Genuss eines Glases Bier eine Wespe verschluckte und gleich darauf einen Stich unterhalb der Thyreoidea rechts im Oesophagus fühlte. Es entstand erst am Halse, dann am übrigen Körper Urticaria, besonders in der Nähe des Halses.

Bulkley referirt (**33**) über zwei Fälle von Grave's (Basedow's) Krankheit, bei welchen Erythem und Urticaria beobachtet wurden. Er deducirt daraus den nervösen Charakter der Urticaria, freilich nicht in dem Sinne der Nervenstammerkrankung bei Zoster.

Auch White hat (**34**) in diesem Jahre einen ähnlichen Fall beschrieben.

Bei dieser Gelegenheit sei auch erwähnt, dass Raynaud ferner (**35**) als ein Symptom der Basedow'schen Krankheit Entfärbungen der Haut (Vitiligo) in 3 Fällen beschrieben hat.

Lerebouillet (**36**) wendet sich, nach Erwähnung eines von M. Laverau in der Société médicale des Hôpitaux mitgetheilten Falles von Heilung eines Leberechinococcus durch Punction und Dieulafoy's Aspiration, gegen die Behauptung, dass der so häufig nach der Punction auftretende Urticaria-ähnliche Hautausschlag bedingt sei durch Austritt von Cysteninhalt in die Peritonealhöhle. Wenn letzteres auch sehr häufig stattfinde und constatirt worden sei, so gehe doch auch dieser Ausschlag der Punction oft voraus und trete nicht nur bei den mannigfachsten gastrischen Affectionen auf, sondern auch oft, z. B. nach Application von Blutegeln an die Portio vaginalis (Scanzoni) oder an die Kreuzbeingegend (Léopold). Bemerkenswerth sei, dass dieser Ausschlag niemals nach Punction von Echinococcen der Lunge resp. Pleura beobachtet ist.

37. **Bohn.** Bedenken gegen die Contagiosität des Pemphigus acutus neonatorum und seine Abhängigkeit von der physiologischen Hautabschuppung in der ersten Lebenswoche. (Jahrb. f. Kinderheilk. IX. 3. 1876.)
38. **Abegg.** Bemerkungen über die Contagiosität des Pemphigus acutus neonatorum. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. IX. 4. 1876.)
39. **Purjesz.** Zur Streitfrage über die Existenz des Pemphigus acutus. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 17. Bd. 2. u. 3. 1876 und Pester med. chir. Presse. XI. 45. 1876.)
40. J. **Neumann.** Beitrag zur Kenntniss des Pemphigus. (Wiener med. Jahrb. IV. Heft 1876.)
41. **Hutchinson.** Kann Arsenik Pemphigus heilen. (Med. Times and Gaz. 23. Oct. 1875.)

Bohn bekämpft (37) die von Hervieux zuerst verfochtene und bald darauf von Olshausen, Marcus, Ahlfeld u. A. bestätigte Ansicht der Contagiosität des Pemphigus acutus neonatorum.

Der Pemphigus tritt in einer ganz bestimmten Periode, und zwar innerhalb der ersten Lebenswoche auf und zwar fällt in dieselbe Zeit die physiologische Exfoliation der Epidermis. Nach Bille nimmt also dieser physiologische Vorgang unter dem Einfluss eines stärkeren Reizes leicht einen pathologischen Charakter an, und äussert sich dann nach der Folgerung Bohn's als Pemphigus acutus neonatorum. Was diese äusseren Reize anbelangt, so sind es hauptsächlich zu warme Bäder.

Bohn meint nun, dass das epidemische Vorkommen dieser Affection sehr wahrscheinlich nur in der consequenten Anwendung zu warmer Bäder zu suchen sei und folgert dies aus Einem Falle, in welchem bei einem Kinde ein Blasenbildung auf der Haut zu Folge Anwendung von Bädern von 31° R. auftrat, welche Blasen alsobald schwanden, als kühlere Bäder (28°) eingeführt wurden. Schiff.

Abegg schliesst sich (38) dieser Ansicht Bohn's nur für einzelne Fälle an. Was die Angabe Bohn's betrifft, dass bisweilen zu heisse Bäder als Ursache anzusehen seien, spricht er sich mit Bezug auf seine Fälle entschieden dagegen aus. Die Epidemie in der Hebammenschule zu Danzig, welche er beobachtete, trat übrigens 4 Tage

nach der Geburt eines Kindes auf, das den Pemphigus, wie Flecken u. s. w. auf der Haut zeigten, sicher schon im Mutterleibe durchgemacht hatte.

Purjesz theilt einen tödtlichen Fall von Pemphigus acutus (**39**), welcher seinen eigenen Bruder betraf, mit.

Der Kranke war 24 Jahre alt, Oekonomiebeamter. Ausser Wechselfieber vor 4, 6, 10 Jahren noch keine Krankheiten überstanden.

Am 7. Juni traten nebst dem Gefühle von Unwohlsein, Röthung und Blasenbildung an der Haut des Oberschenkels auf. Am 9. Juni Blasenbildung an der Mundschleimhaut. Die Organe des Thorax und Abdomens boten klinisch nichts Abnormes dar. Die Blasen waren an diesem Tage an der inneren Fläche des oberen Theiles des Oberschenkels, an dessen hinterer und vorderer Fläche, am Penis, am Rumpfe, Oberarmen, Gesichte von Linsen- bis Nussgrösse. Die Blasen sassen auf einer gerötheten, jedoch nicht infiltrirten Basis auf, ihr Inhalt anfangs klar, später trübe. Der Urin enthielt keine abnormen Stoffe.

Am 10. Juni wurde die Temperatur zum ersten Male gemessen und war Abends 39·9° C. F. 38° C. gleich. 11. Juni F. 40° C. A. 40·7° C. 14. Juni trat Delirium auf.

17. Juni Diarrhöe und Trismus. 18. Juni dauerte das Delirium noch fort. Abends wurde jedoch der Kranke soporös. Temp. F. 39·2, A. 38·8° C.

19. Juni vor dem Tode Temp. 40·6° C. Die Nekroskopie zeigte an keinem der inneren Organe etwas wesentlich Abnormes. Vajda.

Neumann (**40**) schildert folgenden Pemphigus-Fall: Die Kranke, stets gesund, hatte zwei Kinder geboren, deren jüngstes dazumal 2 Jahre alt war; die Menses waren regelmässig. Das Hautleiden bestand seit Ende November 1874, u. z. hatten sich zuerst an der Haut der rechten Achselhöhle einzeln stehende Blasen entwickelt, von denen sich die Epidermis bald ablöste, deren Basis sich trotz Application von Salben und trotz Aetzungen mit Lapis nicht überhäutete; der Eruption des Ausschlags waren durch einige Tage leichte anginöse Beschwerden vorangegangen.

An der Haut der rechten Achselhöhle war eine über thalergrosse, dunkelrothgefärbte, von der Epidermis entblösste Stelle, deren drusig unebene Oberfläche sich etwas über das Niveau der Umgebung erhob,

von Furchen durchzogen erschien und eine dünne seröse Flüssigkeit absonderte. Schon in der ersten Woche der Beobachtung nahmen die Wucherungen in solchem Grade zu, dass sie bereits fast 2 Ctm. hervorragten. Trotz Bepinselungen mit Solut. Plenkii, trotz intensiven Aetzungen mit Kali caustic. (1 : 2) traten die Excrescenzen immer mehr hervor. Bald wurde auch das Epithel der Unterlippenschleimhaut in Form von flachen Blasen emporgehoben, deren Inhalt rasch vertrocknete; nach Entfernung der Borke sah man eine wunde, mit weissem, festhaftendem Belage bedeckte Stelle. Die Zahl der Efflorescenzen an der Schleimhaut der Lippen, der Mund- und Rachenhöhle vermehrte sich derart, dass die Nahrungsaufnahme sehr erschwert wurde; es konnte fast nur Flüssiges genossen werden; dabei war die Temperatur der Haut normal, Entleerungen regelmässig, die Menses etwas spärlich, der Harn frei von Eiweiss.

Da die Wucherungen in der Achselhaut trotz aller Aetzungen nicht wichen, und der condylomatöse Charakter immer mehr hervortrat und nahezu zur Gewissheit wurde, als die Neubildungen sich überhäuteten, war die Diagnose der Syphilis cutanea vegetans eine sehr plausible, wenn auch die Untersuchung des Gatten und der Kinder keine Anhaltspunkte für dieselbe bot.

Am 8. Februar bemerkte Verf. zum ersten Male in geringer Entfernung von der Achsel am rechten Oberarm eine wallnussgrosse, prall gespannte, mit seröser Flüssigkeit gefüllte Blase, und um dieselbe herum vier linsengrosse Blasen von derselben Beschaffenheit. Die Blasen entleerten sich schon am nächsten Tage spontan, und es erschien eine flache, dunkelroth gefärbte Excoriation an ihrer Stelle, die durch die Reste der noch anhaftenden Epidermishülle begrenzt war. Nach sechs Tagen sah man bereits im Centrum der excoriirten Stellen linsengrosse, erhabene, gleichmässig überhäutete Wucherungen nach Art der Condylomata lata gebildet, die sich im Höhen- wie im Breitendurchmesser immer mehr ausdehnten, während an der Peripherie die Epidermis durch seröses Exsudat in Form von geschlängelten Linien emporgehoben wurde. Eine Woche später zeigten sich einige gleich grosse Wucherungen an der Bauchwand und in der Inguinalfalte, gleichwie an den grossen Labien. Gleichen Schritt mit den Efflorescenzen an der äusseren Haut hielten in ihrer Entwicklung die an den Schleimhäuten, nur waren hier die Beschwerden viel grösser, und trat schon nach der leichtesten Aetzung der mit diphtheritischem Belage bedeckten Stellen starke

Schwellung der Lippen auf, so dass hier nur von einfachen Fetten Gebrauch gemacht werden konnte.

Die nun in Anwendung gezogenen antisyphilitischen Mittel: Jodkalium, Protojoduretum Hydrargyri, Decoct. Zittmanni blieben ohne Einfluss auf die Entwickelung und den Verlauf der Efflorescenzen. Die Kranke begann continuirlich zu fiebern und das Krankheitsbild änderte sich nun in einer eigenthümlichen Weise.

Während im weiteren Verlaufe nur noch einige ältere kranke Stellen an der Bauchwand und am Vorderarm die Eigenthümlichkeit beibehielten, dass sie im Centrum condylomatöse Wucherungen darboten, stellten die neuen Efflorescenzen das reinste Bild des Pemphigus vulgaris dar. Auf circumscripten erythematösen Stellen entwickelten sich Blasen, die durch fortwährende Nachschübe allmälig einen grossen Theil der Hautoberfläche einnahmen. Dieselben waren halbkugelig, erbsen- bis haselnussgross, ihr Inhalt gummiartig. Die meisten fanden sich an der Brust- und Bauchwand, am Rücken, einzelne an der linken Achselhaut, an vielen Stellen confluirend, und indem die Epidermis sich ablöste, lagen ganz grosse Wundflächen zu Tage, gleichwie bei einer Verbrennung zweiten Grades. Der Schmerz war gross, Appetit fehlte vollständig, und selbst flüssige Nahrung konnte wegen Schmerzhaftigkeit der Mundschleimhaut nur mittelst eines Glasrohres genommen werden. Da auch die Nasenschleimhaut mit Blasen besetzt war, konnte die Kranke nur mit offenem Munde athmen. Die Lippen waren trocken, mit diphtheritischen Membranen belegt, an ihren Winkeln tiefe Rhagaden, die Schleimhaut der Wangen, der Zunge und des Rachens überdies mit trockenen Borken und weissgefärbtem Exsudate bedeckt. An den Augenlidern zahlreiche Blasen, die Conjunctiva palpebrarum et bulbi injicirt, eitriges Secret abscheidend. Singultus und häufiges Erbrechen stellten sich nun ebenfalls ein; die ausgeschiedene Harnmenge war gering.

Die Kranke starb am 30. März 1875, also nach viermonatlicher Krankheitsdauer, nachdem zuletzt das continuirliche Bad nach Hebra angewendet worden war. Die mikroskopische Untersuchung der Haut, welche Verf. und Herr Blauvelt aus New-York angestellt hatten, lieferte folgendes Resultat: Die Epidermis war an den meisten Stellen defect, ebenso die Zellen des Rete Malpighii. Die vorhandenen waren vergrössert und durch moleculäre Massen getrübt. Die den Papillen zunächst gelegenen cylindrischen Zellen waren weiter nicht geändert.

Die Papillen beträchtlich gross, in ihrem Höhen- und Breitendurchmesser von erweiterten Gefässschlingen durchzogen, die den grössten Theil der Papillen einnahmen. Das Gewebe blutreich, durch Zelleninfiltrate auseinandergedrängt; letztere finden sich auch im oberen Theile des Cutisgewebes in Form diffus gelagerter Infiltrationen, im unteren Theil der Cutis dagegen nur spärlich; die Cutisfasern sind geschwellt und gelockert, durch die Zellenwucherung auseinander gedrängt, ihre Gefässe blutreich, an deren Adventitia keine Wucherungen bemerkbar.

Die grösste Aehnlichkeit hatten nach N. die Wucherungen mit breiten Condylomen u. zw. besteht dieselbe in der zelligen Infiltration der Papillen und der übrigen Cutis, in der Grösse der ersteren und in der Weite der Blutgefässe, in der geringen Menge der körnig getrübten Epidermiszellen.

Hutchinson publicirt (**41**) eine grosse Zahl von Fällen von acutem sowohl als chronischem Pemphigus, welche durch Arsenik geheilt worden seien. (Ref. hat niemals einen sichergestellten Erfolg bei chronischem P. von Arsenik nach noch so langem Gebrauche gesehen.)

42. **Dreyfous.** Contribution à l'étude de l'herpès. (Gaz. hebdom. 1876. Nr. 1.)
43. **Kaposi.** Zur Aetiologie des Herpes Zoster. (Wiener med. Jahrb. 1876. pag. 55.)
44. **Risel.** Zur Pathologie des Herpes Zoster. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 22, 1876.)
45. **Jalaguier.** Ueber neuralgischen Herpes pudendorum. (Gaz. des Hôpit. 11, 20. 1876.)

Dreyfous betrachtet (**42**) den Herpes im Allgemeinen als eine Eruption, welche mit Erkrankung der Nervenstämme oder der nervösen Centralorgane in Verbindung steht. Bei Zoster ist dieser Zusammenhang klar; Eruption und Schmerz coincidiren local. Weniger klar ist der Zusammenhang bei dem uterinen und vaginalen Herpes; hier finden sich Schmerzen in den Lenden und im Hypogastrium. Ebenso bei dem Herpes glandis, bei welchem häufig Schmerzen in den Schenkeln vorhanden sein sollen. Endlich kann der Zusammenhang ein ganz indirecter sein, so bei dem Herpes, welcher Fieber, Pneumonie, Gastro-

sen, Syphilis etc. begleitet. (Als Herpes werden die verschiedensten und disparatesten Erkrankungen zusammengeworfen. Ref.)

Kaposi beobachtete (**42**) Herpes Zoster bei einem 54jährigen Manne, welcher nach einigen Tagen in Folge einer fausse Route (er war wegen einer Strictur in das Spital gekommen) pyämisch zu Grunde ging. Der Herpes sass rechts über dem Darmbeinkamm mit diesem parallel laufend, etwa $1^1/_2$ Zoll von der Wirbelsäule beginnend bis etwa 1 Zoll vor und über der Symphyse. Entsprechend dem 4. und 5. Lendenwirbel fand sich eine $1^1/_2$ Zoll ausgedehnte Schwellung des Rückenmarks, ein Ueberquellen des Marks am oberen Lendensegmente und mässige Hyperämie der Häute und des Markes. Die linkseitigen Ganglien erscheinen normal, die rechten stark vergrössert, derb anzufühlen, schwer aus der Fettzellhülle auszuschälen. Sonst war in der Umgebung nichts Abnormes zu bemerken. Im Fettzellgewebe rings um die Ganglienhaufen fanden sich zahlreiche freie Hämorrhagien. Um die Ganglienzellen strotzende, zum Theil varicöse Gefässe, auch stellenweise Hämorrhagien. Die vorderen Wurzeln frei. Die Ganglienzellen selbst waren verändert, oft fanden sich gelb- bis schwarzbraune Pigmentkörner in denselben in grösserer Zahl als normal und ausserdem rothe Blutkörperchen eingelagert. Das Protoplasma war oft erblasst, die Körnung verschwunden. Das 1., 2. und 3. Lumbalganglion war vorwiegend, das letzte Brust-, das 4. und 5. Lendenganglion weniger ergriffen. Verf. nimmt an, dass diese Ganglienerkrankung die Ursache des vorhandenen Zoster lumbo-inguinalis dexter gewesen sei, doch schliesst er auf Grund anderer vorliegender Beobachtungen (gesammelt von Mongeot J. B. A.) nicht aus, dass neben den Spinalganglien auch die Nervencentren und die peripheren Nervenstämme durch ihr Erkranken Zoster bedingen können.

Folgenden Fall von Zoster traumaticus berichtet Risel (**43**): Einer etwas anämischen, schlecht genährten Frau von 36 Jahren wurde wegen eines Tumors der linken Brustdrüse die Mamma sammt den Axillardrüsen exstirpirt. Am 4. Tage trat lebhafter brennender Schmerz auf der Volarseite des rechten Unterarms besonders ulnarwärts auf, jedoch ist an der betreffenden Stelle nichts Besonderes wahrzunehmen.

Die Haut auf der Ulnarseite des Unterarmes, vorzugsweise auf deren volarem Theile, bis zur Palma hinab zeigt Tags darauf eine

grosse Menge zum Theil confluirender, meist aber circumscripter, gerötheter und bei Druck erblassender Infiltrationen, die der Urticaria am meisten ähnlich sind. Bei näherer Untersuchung ergibt sich, dass der mit einer bleistiftdicken wollenen Schnur eingefasste Rand des Rosshaarkissens den Oberarm einige Finger breit über dem Condylus internus bis zur Erzeugung einer leicht gerötheten Furche gedrückt hat. Die Innenseite des Oberarms ist leicht ödematös, nirgends spontan oder bei Druck schmerzhaft, keine Verhaltung von Secret etc. Abends haben sich auf den Quaddeln zahlreiche, mit wässriger Flüssigkeit gefüllte, dicht bei einander stehende Bläschen erhoben und befinden sich lediglich auf dem Terrain der am Morgen beobachteten entzündlichen Schwellung. Sie verbreiten sich, ungefähr 3 Finger breit über dem Condylus internus beginnend, bis zum Anfang der Palma manus, überschreiten die Mittellinie im unteren Drittel des Unterarmes nur mit einigen streifenförmigen Ausstrahlungen, in deren Gestalt sie auch auf der Dorsalseite sichtbar werden. Die Innenseite des Oberarms ist frei von Exanthem, zeigt das gleiche Verhalten wie am Morgen, die Haut, soweit sie mit Wundsecret und Heftpflaster in Berührung gekommen, ist nur leicht geröthet. T. 38·0.

Nach 2—3 Tagen trocknet das Exanthem ein, und unter Bildung dünner Krusten erfolgt die Abheilung, ohne dass irgend welche schmerzhafte Empfindungen zurückbleiben. — Irgend welche Erscheinungen von einer Affection der Nerven an der linken oberen Extremität konnten während und nach der Wundheilung auf keine Weise constatirt werden.

In der Mehrzahl der in der Literatur verzeichneten Fälle von Zoster traumaticus war die Zeit, welche von der Einwirkung des Trauma bis zur Eruption des Herpes verfloss, eine ziemlich lange. Wochen vergingen, ehe Contusionen, Monate ehe der Reiz drückender und zerrender Narben oder eines luxuriirenden Callus die Hautaffection hervorrief. Zwei der von Bohn (Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. II. 1869, p. 22) erwähnten Fälle machen hiervon eine Ausnahme; „Bei dem einen (Zoster an den Fingern) schlossen sich die ersten localen Symptome sofort an einen Turnabend an, der Zost. lumbo-abdominalis des andern Knaben entstand am Tage nach einem ausgelassenen Spiel, bei welchem derselbe wiederholt von einem hohen Stuhle herabgesprungen war.“ Der vorstehend mitgetheilte Fall zeichnet sich dadurch aus, dass das Trauma fast ausschliesslich den Stamm eines Hautnerven, und zwar

kurz nach seinem Durchtritt durch die Fascie in das Unterhautbindegewebe betraf und dass eine verhältnissmässig kurze und leichte traumatische Einwirkung auf den Nerven zur Hervorrufung des Zost. genügte.

Dieser Umstand reiht den Fall unmittelbar den traumatischen Lähmungen an, wie sie nach Druck oder Quetschung motorischer Nerven, namentlich an der oberen Extremität gar nicht selten beobachtet werden. Aber auch ihrem Wesen, ihrem anatomischen Substrat nach, zeigt der traumatische Zoster und die Drucklähmung auffallende Uebereinstimmung.

Das Zustandekommen dieser an den Nerven und den von ihnen innervirten Geweben ablaufenden Ernährungstörungen glaubte man nur durch die Annahme ganz specifischer nervöser Einflüsse, die man von trophischen resp. vasomotorischen Nerven abhängig dachte, genügend erklären zu können.

Die Folgerungen, welche Friedreich (Ueber progr. Muskelatrophie, Berlin 1863) aus der Zusammenstellung der einschlägigen experimentellen und klinischen Thatsachen zog, lassen jedoch nach dem Verf. kaum bezweifeln, dass es bei den in Rede stehenden Vorgängen sich lediglich um active irritative Processe, um gewöhnliche Entzündungen handelt, dass eine Neuritis am Ort der Läsion entstanden, sich continuirlich längs des peripheren Nervenstückes fortpflanzt und endlich direct auf die übrigen Gewebe (Muskeln, Bindegewebe, Haut) übergeleitet wird. Dieser Erklärung entspricht auch die Thatsache, dass die Intensität des Traumas im gleichen Verhältniss mit der Intensität und Ausdehnung dieser Entzündungen steht. So treten nach Excision von Nervenstücken die chronisch entzündlichen Processe nicht nur am Muskel, sondern auch an den übrigen Geweben der gelähmten Extremität auf und bedingen Hyperplasie des interstitiellen Bindegewebes, Entwicklung von Osteophyten, Abscessen und nekrotischen Processen. Auch sonst geben die Nervenscheiden günstige Bahnen für die continuirliche Verbreitung irritativer Processe ab. Neuritische Zustände pflanzen sich beim Tetanus und nach Amputationen nicht selten von der Wunde bis zum Centralorgane fort, das Gleiche ist von Bacterien für die Diphtherie und Aehnliches von der Ausbreitung der Carcinome bekannt. Freilich muss als dieser Auffassung entgegenstehend zugegeben werden, dass es auffällig und zur Zeit noch unerklärbar ist, warum bei den Quetschungsexperimenten die Neuritis fast aussschliesslich das periphere Nervenstück befällt,

wenn auch hervorgehoben werden muss, dass bei Verwendung stärkerer Reize (Excision) dieselbe auch im centralen Nervenstumpf, wenn auch weniger intensiv auftritt.

Unter diesen Verhältnissen ist man wohl berechtigt für den Z. traumaticus von einer wesentlichen Betheiligung der sogenannten trophischen Nerven zu abstrahiren, und die Hautaffection von einer continuirlich auf das Corium fortgeleiteten Entzündung des Neurilem abhängig zu denken. Das umgekehrte Verhalten, eine primäre Dermatitis mit consecutiver Neuritis ascendens anzunehmen, verbietet die klinische Beobachtung. Störungen in der Function der demselben Stamm angehörigen sensitiven resp. motorischen Nervenfasern zeigen sich in der Mehrzahl der Fälle lange bevor an das Exanthem zu denken ist.

Gegenüber den bekannten Fällen, wo pathologische Veränderungen ausschliesslich in Spinalganglien constatirt worden sind (Weidner, Wagner, Kaposi), wäre hervorzuheben, dass überall da, wo eine genaue Untersuchung der peripheren Nerven stattfand, auch das Vorhandensein einer bestehenden oder abgelaufenen Neuritis constatirt wurde (Danielssen, Esmarch, Bärensprung, Haight, Charcot-Cotard, Wyss-Schiffer, Weidner, Wyss) und dass bei alleiniger makroskopischer Betrachtung geringere Grade der in Rede stehenden Veränderungen gar leicht übersehen werden können und erst das Mikroskop ein definitives Urtheil abzugeben gestattet.

Jalaguier (**44**) berichtet über Fälle von neuralgischem Herpes pudendorum, also echtem Zoster. Im ersten Falle traten 10 Tage nach zwei aufeinander folgenden Eruptionen von Herpes praeputialis sehr heftige Schmerzen im Präputium auf, welches zugleich so hyperästhetisch wurde, dass der Contact der Kleidungsstücke unerträglich war. Die Schmerzen steigerten sich anfallsweise derart, dass der Schlaf unterbrochen wurde. Die Erosionen waren inzwischen grösser und tiefer geworden, die Leistendrüsen angeschwollen. Die Inoculation ergab jedoch nichts Specifisches, auch war der Kranke 9 Jahre vorher syphilitisch gewesen. Am 12. resp. 14. Tage des Herpes traten Alterationen der Sensibilität am Perinäum und Scrotum auf, 4 oder 5 Tage danach dehnte sich die Neuropathie auf die unteren Extremitäten aus, dem Laufe des Ischiadicus folgend, während das Leiden am Perinäum bestehen blieb. Mit dem Abheilen des Herpes liessen auch die Nervenerscheinungen nach, so dass mit Ende der 3. Woche der Normalzustand

zurückgekehrt war. Je nach dem Zustande der Atmosphäre waren die Störungen der Hautsensibilität wechselnd stark gewesen. Der Kranke hatte sich vorher eines vollständigen Wohlbefindens erfreut. — Ein Jahr nach diesem Herpes praeputialis erschien, nachdem einige Tage um den Nabel herum und nach den Nates ausstrahlende Schmerzen und beschränkte Hyperästhesien derselben Gegenden constatirt worden waren, eine Gruppe kleiner Herpesbläschen links vom Nabel an derjenigen Stelle auf, welche ein Jahr vorher zu der versuchsweisen Inoculation benutzt worden war. Diese Eruption unterschied sich also von der ersten am Präputium durch die umgekehrte Aufeinanderfolge der Erscheinungen, dort zuerst Herpes, dann Neuropathie, hier zuerst Neuropathie, dann Herpes. Der Verf. hat noch vier andere derartige Fälle beobachtet.

46. **Ferréol.** Dermatitis exfoliativa. (Gaz. des Hôpit. 37. 1876.)
47. **Sparks.** Ein fieberhafter Fall von allgemeiner schuppender Dermatitis. (Pityriasis rubra.) (Brit. med. Journal. 6. November 1875.)
48. **Wathen.** Behandlung des chronischen Eczems. (Med. Times and Gazette. April 29. 1876.)
49. **R. W. Taylor.** Modification der Hebra'schen Diachylonsalbe. (Verh. der New-Yorker dermatolog. Ges. 14. December 1875.)
50. **Lombroso.** Behandlung der Eczemata und Chloasmata mit Oel von verdorbenem Mais. (Vorl. Mitth., Centralblatt f. d. med. W. Nr. 18, 1876.)
51. **Geber.** Ueber das Wesen der Impetigo contagiosa (Fox) oder parasitaria (Kohn). (Wiener med. Presse Nr. 23, 24. 1876.)
52. **Horand.** Bemerkungen zur Geschichte der Pityriasis circinata. (Ann. de Derm. Bd. VII. p. 352, 1867.)
53. **Balmanno Squire.** Behandlung der Psoriasis mit India-Rubber-Leinwand. (British med. Journal, Februar und Jul 1876.)

Ferréol (**46**) demonstrirte in der Société médicale des Hôpitaux grosse Lappen von Epidermis, welche sich bei einem Psoriasiskranken von der Haut des Fusses losgestossen hatten. Unter ihnen befand sich

eine vollständige Fusssohle und, was das Wichtigste schien, handschuhfingerförmige Lappen, welche von den Zehen des Kranken abgestreift, in ihrem Innern die Abdrücke der Nägel erkennen liessen. Es schien sich also um eine Wucherung der Epidermis des Fusses zu handeln, welche sich über die Nägel erstreckt hatte. Die Nägel waren verändert, aber nicht zerstört. Eine mikroskopische Untersuchung war noch nicht angestellt.

Einen Fall von wahrer Pityriasis rubra (Devergie) mit Fieber und mit Kräfteverfall schildert Sparks (**47**) bei einem Weibe, welches unter Fieber, Durst, Delirien, Urinverhaltung, Gelenkschmerzen und einer allgemeinen Hyperämie und Abschilferung der Haut in Beobachtung kam. Der Zustand dauerte mit Remissionen ungefähr 4 Wochen. Hie und da zeigten sich einzelne Bläschen und Pustelchen. Gegen Ende des Anfalls gingen die Haare in grosser Menge aus.

Wathen (**48**) schlägt für chronisches Eczem ein Präparat vor, das auf folgende Art bereitet wird: Mit einer Unze geklärten Schmalzes werden 2—3 Drachmen Glycerin verrieben, danach wird so viel Liquor plumbi subacetici zugesetzt, als aufgenommen wird. Verf. rühmt die vorzügliche Wirkung der Salbe bei Pruritus genitalis und ani, Herpes praeputialis und nässendem chronischen Eczem, besonders wenn sie, auf Leinenstreifen gestrichen, in Form der Baynton'schen Einwicklungen angewendet werden kann. Bleiintoxication ist nie beobachtet.

R. W. Taylor demonstrirte (**49**) in der New-Yorker derm. Ges. ein nach Hebra's Vorschrift bereitetes Ung. Diachyli, wobei statt Olivenöl Mandelöl verwendet und sehr sorgfältig über einem Wasserbade erhitzt worden war. Das Präparat war von sehr gleichmässiger Consistenz und sehr hell. (Ref. kann das Präparat bestens empfehlen.)

Lombroso (**50**) publicirt folgende Fälle von Therapie mit Oel von verdorbenem Mais:

1. Luise Spairani wird seit einem Jahre in Folge einer Entbindung durch ein Muttermaal (ein Chloasma? Ref.) von dunkler Farbe, das sich gleichmässig über die ganze Stirne und Wangen ausdehnt, entstellt, das sie mit verschiedenen Mitteln ohne Erfolg zu vertreiben suchte. Vf. wandte auf der ganzen linken Seite die Pinselung mit dem rothen Oel täglich 1 Mal an, während die rechte Seite mit gesundem ranzigen

Maisöl behandelt wurde. Nach 3 Tagen war auf der linken Seite keine Spur mehr von dem Maal, auf der rechten dagegen zeigte die Haut eine gelbliche Farbe. Die Frau empfand ein leichtes Beissen und Brennen an der mit dem rothen Oel behandelten Stelle, später Kopfschmerz und das Gefühl eines den Kopf beengenden Reifes, am dritten Tage Uebelkeit, Appetitlosigkeit, Schmerz in den Füssen und Ohrensausen; alle diese Erscheinungen aber hörten nach einigen allgemeinen Douchen auf und die Frau weigerte sich entschieden, die Kur fortzusetzen. Nach einigen Tagen kam das Maal auf der rechten Seite, d. h. auf der mit Oel betupften, zum Vorschein; das auf der linken Seite dagegen blieb vollständig geheilt. Es ist noch zu bemerken, dass eine durch Ueberraschung in dem linken Gesichtswinkel vorgenommene Pinselung die Färbung gänzlich entfernte. Obgleich sie dann die Kur mit venetianischer Seife fortsetzte, war die Heilung nach 7tägigen Frictionen und Waschungen doch nicht so weit fortgeschritten, als die mit dem ranzigen Oel.

2. Polloni v. Corteolina, 18jährig, wahnsinnig, hat ein Eczema am Kinn, das vom 18.—20. Juli mit aus verdorbenem Mais gewonnenem Oel gesalbt wurde; am 19. zeigte sich einige Besserung; am 20. kamen neben den vernarbenden neue Pusteln zum Vorschein; am 23. war sie vollständig geheilt, nur an der kranken Stelle blieb noch eine röthliche Färbung zurück. Dieselbe weist auf den Wangen zwei breite Streifen eines Chloasma auf. Nach 9tägiger Kur ist sie auf der rechten Seite gänzlich geheilt und nur eine geringe Spur davon bleibt auf der linken zurück.

Diese Heilart kann sich ganz unwirksam erweisen in jenen mit Pigmentmangel gemischten Chloasmen, die sich bei einigen in vorgerücktem Stadium befindlichen Pellagrösen und Irrsinnigen zeigen und deren charakteristisches Merkmal die mit weissen Flecken dunkel gefärbte Pigmentirung ist (Vitiligo). Solches war der Fall bei der wahnsinnigen Argentina, die an Gesicht und Hals Flecken hatte, der pellagrosen Battaglini mit Flecken auf der Stirne, der hautkranken Lanterna mit Flecken auf Stirne und Wangen.

Tilbury Fox beschreibt in seinem Werke über Hautkrankheiten einen zumeist bei jugendlichen Individuen der ärmeren Volksklasse vorkommenden „blasigen oder mehr pustulösen" Ausschlag, dessen Efflorescenzen unter geringer Schmerzempfindung getrennt, von

einem röthlichen Hofe umgeben, vorwiegend im Gesichte, aber auch an Hals, Nacken und Extremitäten auftreten. Die Basis derselben ist oberflächlich ulcerirt, und während der Inhalt der eigentlichen Efflorescenz zu einer schmutzig braunen Borke eintrocknet, schreitet der Process ringsum centrifugal weiter fort. Fox hält dieses Exanthem für contagiös und wählt dafür zum Unterschiede von den übrigen Pustelausschlägen derselben Art die Bezeichnung Impetigo contagiosa. Das Medium der Ansteckung selbst ist ihm jedoch unbekannt.

Aehnliche Formen haben auch Lewin, Kohn (Kaposi), O. Simon sowie Taylor beschrieben.

Später haben Fox und Taylor durch Inoculation des Pustelinhaltes die Uebertragbarkeit zwar nachzuweisen versucht, aber es entstanden nur an den Impfstellen Bläschen. Kohn hat dann an den Blasendecken, sowie an der den Blasengrund umrandenden, durch Exsudat losgehobenen Epidermis einen mit Fructifications-Organen versehenen Pilz gefunden, der keine Aehnlichkeit mit den bisher bei den Mykosisformen der Haut beobachteten hat. Dieser mit aller Bestimmtheit hingestellte Befund veranlasste ihn sodann, die von Fox gewählte Benennung in Impetigo parasitaria umzuwandeln.

Geber (**51**) beschreibt nun folgende zwei Fälle;

1. Fall. Am 23. December 1874 wurde der 20jährige G. A., Kellner, ledig, wegen eines Blasenausschlages in Behandlung genommen. Ueber die Ursache des Ausbruches dieser Blaseneruption vermag der Kranke absolut keine Auskunft zu geben. Im Gesichte finden sich zerstreut und ohne bestimmte Anordnung hirsekorn-, linsen- bis pfenniggrosse Blasen vor, von denen die kleineren mit einer wasserklaren Flüssigkeit gefüllt, gespannt aussehen, während die grösseren von ihnen eine mehr runzelige oder beutelförmig hängende Decke besitzen und an der tiefsten Stelle ein milchglasig trübes Aussehen zeigen. Die Umgebung der Blasen blass und sind weder in der Nähe derselben noch sonst wo an der Haut Flecken oder Reizungserscheinungen zu bemerken. Untermengt mit diesen blasigen Stellen finden sich scharf begrenzte, den grössten der oben beschriebenen Blasen gleichkommende, gelbe — gelblichbraune Borken vor, die bisweilen 3—4 Mm. Höhe betragen. Hebt man die honiggelb schimmernden Borken ab, so findet man ein schwach nässendes Rete vor, in dessen Umgebung die Epidermis fransenartig aufgehoben ist. An

den mit dunkelbraunen Borken bedeckten Stellen dagegen ist die Unterlage complet überhäutet, die Borke selbst mehr bröckelig. Hie und da, so namentlich an dem Sulcus mentalis, ist an der centralen Stelle einer solchen Plaque die Borke abgefallen, das Rete überhäutet, während in der Peripherie noch eine recentere, honiggelbe, verklebte Masse existirt.

An dem abgeschabten Epidermidalsaume einer etwa stecknadelkopfgrossen Blase fand der Vf. wenige zarte, jedoch unverkennbar deutliche, doppelt contourirte, nicht verzweigte, über zwei Gesichtsfelder hinausziehende Mycelfäden auf einer homogen-trüben Epidermidallamelle auflagernd. Ueberdies fand er gleich Kohn „schotenförmige Fructificationsorgane."

Während aber Kohn die schotenförmigen Fructificationsorgane sammt den Mycelfäden als einen bei Hautkrankheiten noch nicht vorgefundenen Pilz betrachtet, sieht Vf. dieselben als Verunreinigung, als mit dem Wesen des Processes gar nicht zusammenhängend an.

In erster Linie ist ihm das Vorkommen dieser „siliquaförmigen" Gebilde nicht neu, indem er solche schon zu wiederholten Malen und nicht gerade immer dort, wo sich Untersuchungen auf Pilze erstreckten, angetroffen hat, und dann findet er in der Literatur mehrfach verzeichnet, dass ein ganz ähnlicher Pilz sich bei den verschiedenen Mykosisformen der Haut vorgefunden hat, der sich aber immer als eine zufällige Beimengung erwiesen hat, wie dies schon Ch. Robin von der Puccinia favi Ardsten bemerkt.

2. Fall. Am 5. Jänner 1876 wurde Emilie K. wegen eines Blasenausschlages im Gesichte aufgenommen. Ohne vorangegangene Veranlassung hatte sich am Morgen des 17. December 1875 $^1/_2$ Ctm. unter dem rechten Mundwinkel eine erbsengrosse Blase vorgefunden, wozu im Verlaufe desselben Tages an der linken Backe ein diffuses leichtes Jucken getreten ist. Am folgenden Morgen waren an dieser Stelle mehrere Blasen aufgeschossen, die sich bis zum Abende noch um eine ansehnliche Anzahl vermehrten. Etwa am sechsten Tage der Erkrankung hat Patientin jene Gegenden des Gesichtes, wo bereits Blasen vorhanden waren, durch zwei Tage mit Nussöl eingeschmiert.

Im Gesichte finden sich allenthalben zerstreut mohnkorn- bis erbsengrosse, mit klarer Flüssigkeit gefüllte Blasen vor, die im Uebrigen ganz das Aussehen wie die im ersten Falle beschriebenen zeigten. Zumeist stehen die Efflorescenzen isolirt, nur ab und zu bemerkt man,

dass zwei bis drei hirsekorngrosse an der Umrandung bis zur Berührung einander nahegerückt und bogenförmig angeordnet sind. An der rechten Kinngegend, sowie an anderen Stellen sind verborkte Plaques anzutreffen, die durch ihre Form, Grösse und Anordnung dafür sprechen, dass sie aus solchen circinären Blasen hervorgegangen sind. Schreitet man in der Besichtigung vom Gesichte gegen den Hals und Nacken vor, so wird man hier ausser den Blasen auch noch Efflorescenzen anderer Art gewahr. Die jüngsten resp. kleinsten zeigen rundliche, 2—3 Mm. grosse röthliche, im Centrum mit zarten Schüppchen bedeckte Flecken, während die weiter entwickelten, etwa 5—6 Mm. grossen kreisförmigen Stellen deutlich den Charakter des Herpes tonsurans aufweisen. Diese sind im Centrum abgeblasst, mit leicht runzliger Epidermis versehen und tragen an den peripheren Theilen grössere Schüppchen oder mehr den Follikeln entsprechende winzige, bröcklige Börkchen. So geartete Efflorescenzen stehen oft von einander auf grosse Distanz zerstreut und erstrecken sich am Stamme nach rückwärts bis zur Scapularspitze und an den Oberextremitäten bis gegen die Hälfte der Vorderarme. Nur an der Lendengegend findet man noch einen einzigen Kreis von Herpes tonsurans.

Am 14. Jänner waren sämmtliche Efflorescenzen mit Hinterlassung von circumscripten rothen Flecken geschwunden.

Vf. glaubt, vom klinischen Standpunkte aus annehmen zu können, dass er sowohl bei den Blasen im Gesichte, wie auch an den übrigen erwähnten Partien nur e i n e n e i n z i g e n P r o c e s s vor sich habe, und dass die allenthalben emporgeschossenen isolirten wie confluirenden Blasen in ihrem Wesen den Herpes tonsurans-Kreisen anzureihen sind.

An abgeschabten Stellen von eben emporgeschossenen kaum mohnkorngrossen Stellen der Haut dieses zweiten Falles fand Vf. zarte, doppeltcontourirte, verschieden lange, zu mehreren neben einander liegende Mycelien vor wie bei Herpes tonsurans.

Von den im ersten Falle erwähnten kolbenförmigen Gebilden aber, die K o h n's Fructificationsorganen so auffallend gleich kommen, konnte Vf. bei all' den übrigen Untersuchungen nichts Aehnliches vorfinden.

Da auch K o h n trotz mannigfacher Untersuchungen denselben nur ein einziges Mal begegnet ist, so glaubt Verf. aus dem Befunde bei Fall 2, und insoferne dieser mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit einen Rückschluss auf das Vorfinden der Mycelfäden bei 1

zulässt, im Allgemeinen annehmen zu dürfen, dass der von Kohn als Impetigo parasitaria bezeichnete Blasenausschlag ein Herpes tonsurans vesiculosus ist, der nur vermöge seines ungewöhnlichen Aussehens fremdartig erscheint.

Horand macht (**52**) auf eine besonders bei Kindern häufige Hautkrankheit aufmerksam, welche bisher noch wenig berücksichtigt sein soll und die er nach Hardy als Pityriasis circinata bezeichnet. Sie sitzt mit Vorliebe auf der Haut der Schulterblätter, unter den Schlüsselbeinen und über den Deltoideis und tritt in Form von Plaques auf, die von Linsengrösse bis zu jener eines 2 Francsstückes variiren. Diese Plaques ragen wenig hervor, haben aber bisweilen einen erhabenen Rand, ihre Farbe ist rosenroth bis gelbweiss mit kleienförmig schuppender Oberfläche ohne Infiltrat oder Entzündung der Basis. Mässiges Jucken. Die Plaques vergrössern sich während ihres — verschieden langen Bestehens nicht. Die mikroskopische Untersuchung hat niemals Pilzspuren nachgewiesen. Auch scheint sie nicht contagiös zu sein.

Verf. will diese Krankheit von der Pityriasis circinata von Bazin wohl unterschieden wissen, bei welcher rothe, stark juckende, in einander übergehende, mit fieberhaften Prodromalsymptomen verbundene Plaques auftreten, welche nach Bazin den „arthritischen Pseudoexanthemen“ angehören.

Ebenso wenig sei die Erkrankung mit dem Erythema centrifugum von Biett zu verwechseln, welches Cazenave und Schedel als ausschliesslich dem Gesicht angehörig beschreiben und dem Lupus anreihen. Verf. glaubt, dass die Krankheit durch äussere Reize entstehen könne (Bäder in stehendem Wasser in 2 seiner Fälle). Behandlung durch locale Mittel. (Da der Verf. selbst zugibt, die Pityriasis circinata bisweilen zugleich mit Eczem und Impetigo gefunden zu haben, so wird wohl die Deutung derselben als Pit. rubra, d. i. squamöses Stadium des Eczems, sich zumeist stichhaltig erweisen. Ref.)

Aehnlich wie Besnier es beschreibt (diese Vierteljahresschrift 1875, pag. 502) lässt Squire (**53**) aus vulkanisirter Indiarubber-Leinwand nach den Unterkleidern des psoriatischen Patienten Kleidungsstücke anfertigen, die mit der weichen, glatten Rubberseite nach innen Tag und Nacht auf dem blossen Leibe getragen werden müssen, nicht

bei Tag oder Nacht allein. Wenigstens einmal im Tage sind dieselben auszuziehen, umzuwenden und mit trockenem Tuch gehörig abzuwischen, zu gleicher Zeit Patient mit Schwämmen und warmem Wasser zu reinigen und mit weichem Handtuche abzutrocknen. Das fortdauernde Tragen dieser Kleider bei Tag und Nacht macht dem Kranken keine Beschwerde, wenn er nicht sehr rasche Bewegungen, Laufen u. s. w. zu machen hat. In 2—3 Tagen zeigt sich deutliche Besserung und in einzelnen Fällen heilt die Krankheit innerhalb 2—3 Wochen, aber in einer kleinen Minorität von Fällen ist die Behandlung nicht erfolgreich. Zum gleichzeitigen Gebrauch empfiehlt er die locale Anwendung auf die Haut unter den Kleidern von Sol. acid. carbol. 1: Gycer. 4 oder Sol. Jodi 1—2 zu Glycerin 8. Für den Kopf empfiehlt er Mützen, die durch schwaches India-rubberband am demselben befestigt werden.

Im Februarhefte des angezogenen Journals beschreibt er 2 Fälle von Psoriasis, die auf angegebene Weise innerhalb 14 Tage heilten, und antwortet im Juliheft auf an ihn ergangene Anfrage, wie lange dauernd die Heilung gewesen, dahin, dass im Juni der eine jüngere Patient noch zehn Flecken am rechten Arm von der Grösse einer Erbse zeigte, und dass etwa neu kommende sehr klein seien — und dass der zweite, ältere, der vor der Behandlung mit tausenden sehr eng zusammenstehenden Flecken bedeckt war, an jedem Ellbogen eine kleine Rauheit und im Ganzen auf dem ganzen Körper 56 Flecken zeigte, wovon der grösste nicht über Erbsen- und der kleinste nicht über Senfkorngrösse excedirte. In beiden Fällen erscheint also ein leichtes Recidiv, was aber bei längerem Tragen des Kleides wohl nicht eingetreten wäre.

Er erwähnt zugleich einen dritten Patienten, der 18 Jahre alt, am 24. März einen vollständigen Indiarubber-Anzug Tag und Nacht anlegte, den Körper und die Extremitäten reichlich mit grossen psoriatischen Flecken bedeckte. Er trug seinen Anzug nur 6 Tage, weil vollkommene Heilung eingetreten war und zeigte nach 2 weiteren Monaten keine Spur von Recidiv.

Psoriasis fand Sq. besonders unter den Juden sehr verbreitet.

Schumacher II. (Aachen).

54. Heinr. Rohlfs. Beobachtungen über die Werlhof'sche Blutfleckenkrankheit. (Memorabilien XX. p. 433. 1875.)

55. Kurz. Fall von Morbus maculosus Werlhofii mit Menorrhagie (Memorabilien XX. 12. pag. 542. 1875).

Rohlfs (**54**) hat während seiner 25jährigen Praxis die Werlhofsche Krankheit nur 4 Mal beobachtet. Seine Ansichten fasst er in folgenden Sätzen zusammen:

1. Der von Werlhof eingeführte Name muss allseitig wieder hergestellt werden.

2. Die Quelle der Blutungen sind die Capillargefässe der Haut, der Schleimhäute und des submucösen Bindegewebes, nicht der Malpighi'sche Schleim, weil er keine Blutgefässe enthält. Dagegen kann das extravasirte Blut in diesen austreten. Hierauf beruht die Differenz der Schriftsteller, indem einige die Petechien als über die Haut erhaben, einige als im gleichen Niveau mit derselben liegend schildern.

3. Der M. m. W. darf weder mit Scorbut, noch mit Hämophilie zusammengeworfen werden, sondern bildet eine eigene Krankheitsfamilie.

4. Ob eine besondere Dyskrasie des Blutes bei demselben existirt, ist bis jetzt chemisch mit Sicherheit noch nicht nachgewiesen, doch ist es wahrscheinlich.

5. Es ist nothwendig und für die Therapie von der grössten Wichtigkeit, zwei Arten von M. m. W. zu unterscheiden, die, wenn sie im Wesentlichen auch dieselben Symptome zeigen, doch hinsichtlich ihrer Aetiologie durchaus verschieden sind. Die erste Art möchte Verf. als die asthenische bezeichnen und gehören zu ihr die bei weitem grösste Mehrzahl der unter diesem Namen vorkommenden Fälle, von den von ihm beobachteten die unter 1—3 aufgeführten. Die zweite will Verf. die sthenische Form nennen; der 4. von ihm beobachtete Fall ist Prototyp eines solchen. Beide Formen zeichnen sich durch ihre Neigung zu Recidiven aus.

6. Bei der asthenischen Form ist die Grundursache wahrscheinlich in einer chemisch veränderten Beschaffenheit des Blutes zu suchen, und man sieht sich genöthigt, wie beim Scorbute und der Hämophilie, »eine hämorrhagische Diathese anzunehmen.« Als nächste Ursache ist eine veränderte Ernährung der Haargefässe anzunehmen, bei der wahrscheinlich die Cohäsion der Gefässwandungen verringert ist. Erkältung, Erhitzung, Aerger, Gemüthsbewegungen und Diätfehler sind in der Regel als veranlassende Ursachen zu betrachten.

7. Die Blutungen aus den Capillargefässen brauchen nicht durch

eine Zerreissung derselben bedingt zu sein, sondern es kann auch eine blosse Durchschwitzung des Blutes stattfinden; sowohl die arteriellen, als die venösen Haargefässe, als auch beide zugleich können hiebei betheiligt sein. Die verschiedene Farbe der Petechien ist wahrscheinlich dadurch bedingt. Der Name »Purpura« ist ganz unpassend, weil er sich bloss auf eine arterielle Blutung der Capillargefässe bezieht.

8. Es ist nicht schwer, namentlich mit Berücksichtigung des Pulses und der Körperconstitution, die sthenische Form des M. m. W. von der asthenischen zu unterscheiden, da erstere nur bei vollblutigen Individuen auftritt. Das Blut hat hier wahrscheinlich eine ganz andere chemische Beschaffenheit; statt Verminderung des Faserstoffs und der Blutkügelchen findet hier vielleicht eine Vermehrung statt. Bei dieser Form brauchen die Wandungen der Capillargefässe nicht krankhaft verändert zu sein, da die Zerreissung derselben rein mechanisch durch die Plethora des Blutes erklärt werden kann.

9. Nur bei der sthenischen Form dürfte bei Vitalindication ein Aderlass indicirt sein, namentlich wenn die Blutungen der Schleimhaut nicht so intensiv sind, dass die Besorgnisss vorliegt, wichtigere Organe könnten in Mitleidenschaft gezogen werden.

10. Die diätetische, wie medicamentöse Behandlung beider Formen ist durchaus verschieden. Nur bei der asthenischen Art passt die Werlhof'sche Methode (China, Säuren), während dieselbe, bei der sthenischon angewandt, das Leiden schlimmer macht oder in die Länge zieht und das Ergriffenwerden edler Organe bewirken kann. Bei der sthenischen Form muss man sich so viel als möglich aller activen Eingriffe enthalten, selbst die Blutungen nicht zu stillen suchen, wenigstens nicht eher, als bis Krämpfe und die Erscheinungen der Anämie und des allgemeinen Collapsus eintreten. Nur das Auftreten bedeutender Blutungen der Nieren und edler Organe bedingt ein medicamentöses Einschreiten. Im Uebrigen sei die Behandlung rein exspectativ und diätetisch, d. h. beschränkend, nicht roborirend.

11. In Bezug auf die Meinung vieler Schriftsteller, dass die Flecke beim M. m. W. immer zuerst an den Beinen entstehen, ist zu bemerken, dass dieses durchaus kein diagnostisches Merkmal ist. In mehreren von R. beobachteten Anfällen entstanden sie zuerst am Halse und im Gesichte; auch bei dem ersten Falle dieses Leidens, den Werlhof beobachtet und im Commercium noricum veröffentlicht hat,

erschienen die Flecke am Halse und den Armen (Opera omnia T. III. p. 748).

12. Wenn Rindfleisch (path. Gewebelehre p. 548) als Ursache der punktirten Hämorrhagie im Gehirn (Apoplexia capillaris) den atheromatösen Process, die entzündliche Hyperämie, die Embolie und den M. m. W. angibt, so ist es möglich, dass die Extravasate in der Haut, die Petechien, in letzter Krankheit auch diesen verschiedenen Processen ihren Ursprung verdanken, und es ist Aufgabe der pathologischen Anatomie, die etwa möglichen Differenzen zwischen diesen verschiedenen Processen zu bestimmen und mit den Symptomen am lebenden Körper in Beziehung zu setzen.

Hieran schliesst sich ein Fall von Kurz (55), der dadurch bemerkenswerth ist, dass die gewöhnlich angegebenen ätiologischen Momente, sowie die Blutungen aus den gewöhnlich bei Morb. mac. afficirten Schleimhäuten fehlten, während die Schleimhaut des Uterus stark afficirt war und Blutungen mit periodischem Typus auftraten, die als Menorrhagien aufgefasst werden konnten.

Ein ätiologisches Moment liess sich in diesem Falle, welcher eine 37jährige, früher gesunde Bäuerin betraf, nicht auffinden, wenn auch eine vorausgegangene Schwangerschaft durch Herbeiführung einer gewissen Hydrämie den Ausbruch der Krankheit begünstigt haben mochte. Ein leichter Katarrh des Endometriums, welcher von der Geburt zurückgeblieben war, begünstigte wahrscheinlich den Austritt des Blutes durch die Uterinschleimhaut, wurde aber wiederum durch den Reiz der Blutungen unterhalten.

Auffallend war das periodische Auftreten der grossen Ecchymosen und der Blutungen. Beide sind als Folgen der gleichen Ursachen anzusehen, da nicht erst durch die Blutungen ein Zustand von Hydrämie entstand, der zu Ecchymosen führte, sondern diese vor der Blutung eintraten. Der ganze Symptomencomplex, der dem Begriff des Morbus mac. Werlh. entspricht, muss áuf eine »hämorrhagische Diathese« zurückgeführt werden, beruhend vielleicht auf einer Veränderung der Capillarwände, jedenfalls aber auf einer abnormen Blutmischung. Für letztere spricht die Armuth an rothen Blutkörperchen und an Faserstoff. Die Genese der Blutdyskrasie blieb freilich auch in diesem Falle dunkel.

56. Weir. Ichthyosis der Zunge und der Vulva. (New-York Medic. Journ. März 1875. — Referat der med. Rundschau von Lang.)

57. Manson. Beobachtungen über Lymphscrotum (Elephantiasis scroti) und verwandte Krankheiten. (Med. Times. 13., 21., 28. November 1875.)

58. Wernher. Beiträge zur Kenntniss der Elephantiasis Arabum. (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie 1876.)

Weir (**56**) findet in englischen und französischen Journalen von der Schleimhauterkrankung, welche in ersteren zumeist unter dem Namen Ichthyosis, in letzteren zumeist unter Psoriasis aufgeführt ist, 58 Fälle, in welchen die 16 Fälle von Fairlie Clarke (s. diese Viertelj. 1875, p. 111) weil ohne Details gegeben, nicht enthalten sind. Zu diesen tritt eine Bereicherung von 10 neuen Beobachtungen, die zum Theile von W. selbst gemacht worden sind und von denen wir einige aufführen wollen.

I. Am 6. August 1874 kam ein gesund aussehender, dyspeptischer, 41 J. alter Mann, der kein Raucher gewesen ist und nie Syphilis gehabt hat, wegen einer Zungenerkrankung, die ihm aber keine Beschwerden verursachte, zu W. Rückwärts am Zungenrücken sah man jederseits $^1/_2$" innerhalb der Ränder einen perlweissen, je über 1" langen, unregelmässig begrenzten, über die benachbarte gesunde Schleimhaut etwas erhabenen, an allen Stellen nicht gleich dicken Fleck mit herabgesetzter Empfindung und vom Anfühlen eines erweichten Pergamentes. An der Spitze der l. Zungenhälfte sass eine ähnlich charakterisirte, $^1/_4$" im Durchmesser haltende Stelle. Keine Drüsenvergrösserung. Arsenikbehandlung. Nach 3 Tagen, als die kranke Zunge photographirt werden sollte, fand man die Flecke deutlich dünner geworden und stellenweise die Papillen durchscheinend. Der Pat. bemerkte jedoch, dass die Flecke auch vordem schon sich von Zeit zu Zeit in bemerkenswerther Weise zu verändern pflegten.

III. Dieser Fall ist von ungewöhnlichem Interesse, weil er den einzigen bis jetzt beobachteten einer ähnlichen Erkrankung der Vulva betrifft. Eine 61 Jahre alte Frau wurde 1869 im St. Luke's Hospital aufgenommen. Seit ihrem 16. Jahre hat sie an intensivem Pruritus vulvae zu leiden gehabt. Viele Mittel wurden fruchtlos versucht, wesshalb die Pat. behufs Linderung Opiate in geringer Dosis nahm. Später

hat sie nur in einer Gabe von 10—12 Gran Morphium Beruhigung finden können. Ihre Qualen wurden so heftig, dass sie sich einer Excision und Galvanocauterisation der die kleinen Labien deckenden Schleimhaut unterzog; der Erfolg war nur ein vorübergehender. Die wegen bestehenden Vaginismus schwer anzuwendende Spiegeluntersuchung zeigte die rückwärtigen Partien gesund; der Uterus war im Zustande seniler Atrophie. Die kleinen Labien waren beiderseits mit einem unregelmässigen, perlblauen, allmälig in die gesunde Schleimhaut übergehenden Fleck, dem ebenso gefärbtes Secret fest anhaftete, bedeckt. Nach Wegwischen des Secretes erschienen kleine, runde oder unregelmässig geformte Inseln, wo die gerötheten tieferen Gewebe durchschimmerten. Die Flecke waren merklich verdickt und gegen Berührung sehr empfindlich; die Follikel der Vulva an vielen Stellen vergrössert und prominent. Nachdem eine mannigfache Localbehandlung zu keinem Resultate geführt hatte, verliess sie das Spital. Nach 18 Monaten im Jahre 1870 kehrte sie mit einem deutlich ausgesprochenen „Epitheliom“ der Vulva wieder; Dr. Guido Buch entfernte es. Bemerkt sei noch, dass Dr. Thomas zur Zeit der ersten Operation die kleinen Labien mit einem dicken, käsigen, rahmfarbigen, schwer wegschiebbaren, übelriechenden Secrete bedeckt gefunden hatte, dass damals die Vulva nicht geschwollen gewesen war, obwohl die prominenten Follikel ein höckeriges Aussehen dargeboten hatten.

IV. Ein 21 Jahre alter lediger Mann hatte einen „papulär“, nicht indurirten Schanker, der von unbedeutender Roseola gefolgt war. Der in der Behandlung nachlässige Kranke bekam bald Halsschmerzen, zahlreiche Flecke etc. Ein Jahr später erschien über dem ganzen Körper ein Schuppensyphilid, das nach passender Behandlung schwand. Inzwischen wurde er sehr kachectisch und gleichzeitig erschien der ganze Zungenrücken elevirt und von einer gelblichen, perlmutterweissen Farbe; Verdickung, Trockenheit, keine Ulceration. Am Rande wuchs das Epithel den Zahnzwischenräumen entsprechend zu dreieckigen Massen aus, welche der fassenden Zange ausglitten und dabei den Eindruck eines knorpeligen Gefühles veranlassten. Keine Halsschmerzen, keine Flecken an der Schleimhaut. Durch Calomelräucherungen, sowohl gegen die Zunge gerichtet, als auch eingeathmet, wurde das Uebel bleibend geheilt.

VI. Dr. Kayes sah auf Hardy's Klinik in Paris bei einem 65jährigen mit allgemeiner Psoriasis (non syphilitica) behafteten Manne

einen weisslichen, nur wenig erhabenen Streifen von $^1/_2$", der die Längsachse des Zungenrückens in schräger Richtung kreuzte. Mit dem Ausschlage schwand auch der Streifen; Hardy hielt ihn für eine Theilerscheinung des Ausschlages.

IX. Ein 39jähriger Schottländer war an 23 Jahre tripperkrank, aber nicht syphilitisch, auch mit keinem Hautausschlage behaftet; in Neu-Mexico hatte er Fieber. Als Viehhändler raucht er ohne Unterlass, liebte starke Gewürze und trank Whisky. Wegen eines gastrischen Uebels und eines Lungenleidens suchte er ärztlichen Rath. Die Zunge war verdickt, die Mitte des Zungenrückens braun, gegen die Seiten hin von einer perlfarbigen Tinte; tiefe Längsfurchen, von seichten querlaufenden geschnitten, theilten die Zunge in etwa 10 Felder; das Organ in seinen Bewegungen nicht geschmeidig, die Schleimhaut gut 4 Mal dicker, als im normalen Zustande, war glatt (und beim Ueberfahren mit dem Finger nicht rauh); versuchte man, die Schleimhaut mit einer Zange zu fassen, so erhielt man das Gefühl von Steifigkeit, wie bei der Haut eines nach Abbrühen haarlos gewordenen Ferkels. Sensibilität herabgesetzt. Die zähe Mucosa liess ein dünnes Bistouri nur nach einigem Kraftaufwande eindringen. Die Fissuren der starren Zunge pflegten geschwürig zu werden und zu schmerzen. Die Seiten der Zunge rauh, von verticalen Linien eingefurcht; die Schleimhaut ist da nicht verdickt. An der unteren Fläche keine Abnormität. Die Schleimhaut der Wangen, namentlich in der Nähe der Lippencommissuren verdickt und den Zähnen entsprechend mit verticalen Furchen versehen. Die Behandlung wurde von Seite des Kranken bald unterbrochen.

X. Ein 24jähriger Irländer (ohne Angaben über Syphilis und ohne Kenntniss der hereditären Verhältnisse) hatte zu 15 Jahren Psoriasis in der Ellbogen- und Kniegegend. Während er in der Armee diente, wurde er nicht behandelt. Der Ausschlag bedeckte nach einigen Jahren den ganzen Körper. Im Jahre 1869 war er auf einem nach Brasilien ziehenden Segelschiffe als Arbeiter beschäftigt; seine Nahrung bestand hauptsächlich aus Gemüse, Obst, namentlich Orangen; innerhalb dreier Monate war der Ausschlag ohne jede Behandlung geschwunden, seine Haut vollkommen rein. Im Sommer 1870 kam er nach New-York; im November bemerkte er die ersten Spuren von Psoriasis und im Jänner 1871, zur Zeit der Untersuchung, war er mit dicken Schuppenmassen wie überzogen, auch die Kopfhaut mit inbegriffen. Die Papillae filiformes vergrössert, beträchtlich erhaben und bedeckt

und umgeben mit namhaft verdickter Schleimhaut. Die Zunge blieb geschmeidig und schien nur an den vorderen Partien erkrankt zu sein. Die Schleimhaut der Wangen ebenfalls deutlich verdickt, von einer nicht ausgesprochenen Farbe, während die Zunge perlblau erschien. Durch Schaben mit einer Messerklinge erhielt man grosse Mengen von Epithelien, was als ein sicheres Zeichen von Psoriasis der Schleimhaut (?) angesehen wurde. Arsenikbehandlung.

Die Krankheit erscheint somit theils in Form von runden Flecken, die unregelmässig ineinander fliessen, theils in Form von einzeln stehenden Partien, die mehr oder weniger angular werden, wie bei Ichthyosis der Haut. Rhagaden sind oft anzutreffen, sie werden häufig geschwürig und bluten leicht. Manches Mal ist das Epithel so angehäuft, dass es in ganzen Massen weggeschabt werden kann.

Diese Krankheit befällt am häufigsten den Zungenrücken (die untere Fläche nur höchst selten), dann folgen in der Häufigkeitsscala: die Lippen, die Wangen, das Zahnfleisch und das Gaumengewölbe; der Rachen und die Zunge hinter den Pap. circumvall. erschienen nie ergriffen. Beschwerden verursacht die Krankheit nicht; in seltenen Fällen ist das Sprechen und Kauen behindert, manchmal ist Speichelfluss vorhanden.

Die anatomische Untersuchung erwies nach Debove (diese Viertelj. 1874. p. 422) Verdickung des epithelialen Lagers und Verdickung der Schleimhaut durch neugebildetes Bindegewebe, das zwischen die Muskelfasern hineinwachsend dieselben comprimirt und atrophirt. Fairlie Clarke nimmt eine chronische Entzündung mit Hypertrophie der Papillen und mangelnde Fähigkeit, die abgenutzten Epithelien abzustossen, an. Ausser Verdickung des epithelialen Lagers sah er reichliche Kernwucherung bis in das Muskellager hinein und Zunahme der Gefässe an Zahl und Grösse; beim Anlangen der Krankheit in dem Stadium des Krebses fand er das Rete auf Kosten der anderen Gewebe auswachsen und schliesslich geschichtete Zellennester bilden.

Wie Eingangs erwähnt, ist die Krankheit bald mit Ichthyosis, bald mit Psoriasis benannt; Clarke adoptirt die von Ullmann vorgeschlagene Bezeichnung Tylosis und W. empfiehlt den von Tilbury Fox eingeführten Namen Keratosis. Unter allen 68 Fällen sind nur 6 Weiber verzeichnet. Bei 43 Fällen sind die Angaben ausführlicher; 23 Individuen hatten das 40. Jahr überschritten, 14 hatten es noch nicht erreicht (über die übrigen 6 ist im Original keine Angabe), im Kindes-

alter kam die Krankheit nicht zur Beobachtung. Die meisten waren Raucher, 17 hatten Syphilis, jedoch boten 6 die Erkrankung dar, bevor sie noch Syphilis acquirirt hatten. In einem Falle leitete Debove die Erkrankung von einer Irritation der die Zunge versorgenden Nerven ab. Syphilis mag zu der Erkrankung disponiren. D. Andrew Clarke sah die Affection bei Glasbläsern und brachte sie mit ihrer Beschäftigung in Zusammenhang.

Von den 43 Fällen waren 8 seit mehr als 10 Jahren, 3 seit mehr als 30 Jahren erkrankt; einer der letzteren führte nach 34 Jahren zu »Epitheliom«; derselbe Ausgang betraf 2 Fälle nach 20 und 7 nach $^1/_2$—2 Jahren. Unter allen 68 Fällen fand W. 31 Mal den Ausgang in Epitheliom verzeichnet; einige Male wurde dieser Uebergang von Aerzten selbst constatirt; an den Wangen und Lippen ist ein solcher Ausgang je ein Mal notirt (Verneuil, Bassereau). Dieser wegen empfiehlt Hulke die Excision. Andere Fälle hält W. als von einer arthritischen oder gastro-arthritischen Diathese herstammend (? Ref.) und empfiehlt eine derselben entsprechende Behandlung.

Für Fissuren vorgeschrittener Fälle erwies sich leichtes Touchiren mit Causticis als vortheilhaft; das Erzeugen von Schorfen brachte keinen Nutzen. Gezackte Zähne sind zu glätten oder zu entfernen; starke Gewürze, wie überhaupt alle Quellen der Irritation zu vermeiden. (Siehe hierüber unsere Bemerkungen in dieser Vierteljahrschrift 1875, p. 113. Auspitz.)

In den Transact. of the Med. and Physical Society of Bombay 1854. II. Bd. hatte Ardaseer Jamsetjee zuerst die Filaria sanguinis hominis als Ursache von Veränderungen im Lymphgefässsystem hingestellt. Manson (**57**) sucht nun nachzuweisen, dass in der That dieses ätiologische Moment für das Lymphscrotum (eine milchige, mit Blasenbildung einhergehende, von den Lymphgefässen herstammende Exsudation auf der Scrotalhaut, welche zuerst Wong in Canton (1858) beschrieben zu haben scheint. Ref.) wie für die Elephantiasis überhaupt, welcher Krankheit das Lymphscrotum zuzurechnen ist, und endlich für die tropische Lymphorrhöe, wie sie in Indien und China häufig beobachtet wird, Geltung habe.

Wernher (**58**) stellt 32 Fälle zusammen, in welchen wegen Elephantiasis die Unterbindung grosser Arterien ausgeführt wurde,

und zwar in 23 Fällen die Femoralarterie (mit einer secundären Unterbindung der Iliaca ext. wegen Nachblutung), in 6 Fällen direct die Art. iliaca ext. und je einmal die Art. tibialis, brachialis und beide Carotiden.

Von den 23 Unterbindungen der Art. femoralis endeten 3 durch Pyämie und Erisypel tödtlich; in 2 Fällen wurde der Fuss gangränös, in 3 Fällen traten schwere Blutungen ein.

Nach der Unterbindung nahm der Umfang der kranken Extremität stets sehr schnell ab, nur in einem Falle blieb jeder Erfolg aus. Bleibende Erfolge wurden nur in 3 Fällen (2 Lig. der Art. femor. und die Lig. der Carotiden) constatirt, während in 3 anderen Fällen die Besserung 8—9 Monate angedauert hatte.

Die Schnelligkeit der Abschwellung der Arterienligatur muss auf die nun vollständigere Entleerung der überfüllten Lymphgefässe bezogen werden, und macht einer Wiederkehr der Anschwellung Platz, sobald die Herstellung des arteriellen Collateralkreislaufes eine vollständige geworden ist. Demnach muss sich derselbe Effect auch durch Compression der zuführenden Arterie erreichen lassen, wie dies von verschiedenen Autoren und in 4 Fällen des Verf. constatirt wurde.

Die Compression der Arterie wurde in diesen Fällen mittelst eines Compressoriums geübt, und hatte die Wirkung, dass in der ersten Woche die Abnahme des Umfanges der kranken Extremität rapid war, doch machte in den folgenden Wochen die Heilung langsamere aber stetige Fortschritte. In dem ersten Falle (Mann von 22. J., rechtes Bein) war der grösste Umfang des Unterschenkels binnen 4 Wochen um 12 Ctm. reducirt, und war dann noch um 3 Ctm. grösser als der des gesunden Beines, dessen Umfang gleichgeblieben war. Der Kranke trug später eine Binde und führte auch selbst nach Möglichkeit die Digitalcompression aus; 3 Monate nach der Entlassung hatte die Abschwellung noch etwas zugenommen. Im 2. und 3. Falle war der Verlauf ähnlich, doch verlor Verf. die betreffenden Kranken nach ihrer Entlassung aus den Augen. In dem 4. Falle trat auch schnell Besserung ein, doch als der Kranke aus der Behandlung entlassen war, verschlimmerte sich sein Zustand rasch wieder, und Verf. nahm die Amputation des kranken Beines vor und zwar fiel der Schnitt noch in das kranke Gewebe, welches im Verlaufe der Wundheilung wieder eine normale Beschaffenheit annahm.

Verf. schliesst aus all' Diesem, dass bei Elephantiasis der unteren Extremitäten die Digital- und Instrumentalcompression der Art. femoralis eine eben so rasche Abschwellung zur Folge hat, wie die Unterbindung, ohne jedoch die Gefahren der letzteren zu theilen.

Was die Pathologie der Eleph. Arabum betrifft, beruht die vorhandene Stauung in den Lymphgefässen nach dem Verf. in der Mehrzahl der Fälle nicht auf einer Verstopfung der Lymphbahnen an irgend einer Stelle, denn meistens findet man dabei keine Veränderungen in den Lymphdrüsen, andererseits haben die so zahlreichen Erkrankungen der Lymphdrüsen, welche mit Undurchgängigkeit verbunden sind, keine Erkrankungen der von den erkrankten Drüsen abhängigen Bezirke zur Folge; die Krankheit beginnt auch nicht in der Nähe der Drüsen, sondern stets peripherisch und rückt allmälig gegen das Centrum zu. Die Ursache der Lymphstauung ist in den meisten Fällen eine hochgradige varicöse Erweiterung der Lymphgefässe. Es kommen jedoch ausnahmsweise auch Fälle vor, in welchen eine Stauung durch Undurchgängigkeit bedingt ist; so berichtet Verf. über eine Kranke, bei welcher sich nach Abtragung der von Eiter umspülten Lymphdrüsen der Leistengegend (in Folge von Syphilis) innerhalb dreier Monate eine kindskopfgrosse elephantiatische Schwellung der grossen Schamlippe derselben Seite entwickelte.

Bei der Elephantiasis ist es vorzüglich das Lymphcapillarnetz der Haut, welches betheiligt ist, man findet die pathologischen Zustände hauptsächlich in der Cutis, während die anderen Gewebe: Muskeln, Sehnen, Nerven, Knochen, fast intact bleiben. Anders ist es bei den Hypertrophien, welche von venösen Stauungen abhängig sind; bei diesen findet man meist mächtige periostale Auflagerungen. (Das Eine ohne das Andere dürfte wohl selten vorkommen. Ref.)

Die Knötchen- und Bläschenbildung bei Elephantiasis und die Lymphorrhöe sind nach dem Verf. durch Erweiterung der blindsackartigen Anfänge der Lymphgefässe in den Papillen bedingt, wobei die letzteren aufgebläht werden und sich endlich in Bläschen verwandeln sollen, deren der Oberfläche zugewendete Wand nur noch aus Epidermis besteht, so dass durch eine Continuitätstrennung der Epidermis allein schon Lymphorrhöe entstehen kann.

Diese Eruptionen sind am häufigsten bei Elephantiasis scroti, kommen aber auch am Ober- und Unterschenkel vor.

Die ursächlichen Momente für die Varicositäten der Lymphgefässe hält W. für analog denjenigen, die bei der gleichen Affection der Venen wirken, doch seien sie noch nicht ausreichend erforscht.

Der Behandlung stehen 3 Wege offen: a) Verminderung des arteriellen Zuflusses vermittels Ligatur oder Compression, was jedoch Recidive nicht verhütet; b) Zurückführung der erweiterten Gefässe zur Norm, was Verf. in 2 Fällen mit Erfolg versuchte, bei Elephant. scroti durch eine Incision jederseits, parellel der Raphe, durch die ganze Dicke der Dartos; c) Amputationen und Excisionen endlich haben, wenn sie noch im kranken Gewebe ausgeführt werden, eine ähnliche Wirkung wie die Incisionen.

(Die Fortsetzung des Berichtes folgt im nächsten Hefte.)



Anzeigen von Lehrbüchern und Atlanten.

Die didaktische Seite unseres Faches erfreut sich in neuerer Zeit einer lebhaften Pflege, indem nicht nur beständig neue Lehrkräfte auf die Bühne treten und neue Lehrkanzeln der Dermatologie in der alten und neuen Welt geschaffen werden, sondern auch durch die sich unausgesetzt mehrende literarische Production, welche den Unterricht im Auge hat. In Bezug auf die neuen Auflagen bereits bekannter Lehrbücher der Dermatologie und Syphilis, welche schon früher von uns angezeigt worden waren, weisen wir auf die eben in der Nothwendigkeit neuer Auflagen liegende Billigung derselben durch das ärztliche Publikum hin. Hieher gehören:

Die dritte Auflage des besonders in England und Amerika viel verbreiteten **Lehrbuches der Krankheiten** von Dr. **Tilbury Fox** (mit 93 Illustrationen, 1875, bei J. und A. Churchill, London).

Die vierte Auflage des **Lehrbuches der Hautkrankheiten** von Prof. **Isidor Neumann** (mit 76 Holzschnitten, Wien 1876, bei Wilhelm Braumüller).

Grundriss der Pathologie und Therapie der Syphilis von Prof. **Zeissl** (1876, bei Enke, Stuttgart), welcher einen sehr brauchbaren Auszug aus dem schon wiederholt von uns besprochenen grösseren Werke darstellt.

Das Buch von Prof. **Bäumler über Syphilis** (III. Band des Ziemssen'schen Sammelwerkes, Leipzig bei Vogel, 1. Auflage 1874, 2. Auflage 1876) verdient das vollste Lob wegen der gewissenhaften Berücksichtigung aller Seiten des Gegenstandes und aller wirklichen Fortschritte, die in der letzten Zeit gemacht worden sind, wegen der unbefangenen Würdigung aller wissenschaftlichen Standpunkte und endlich wegen der grossen Klarheit und Präcision in der Darstellung.

Von **J. L. Milton**, Chefarzt des St. John's-Hospitals für Hautkranke in London, ist eine Abhandlung über die Therapie der Syphilis erschienen (The Treatment of Syphilis. London, Hartwicke 1875), welche freilich die Bekanntschaft des Autors mit den Fortschritten

der letzten Jahre ausserhalb seines Vaterlandes nicht sehr hervortreten lässt, aber manchen guten therapeutischen Wink ertheilt. Die Vorliebe des Verf. für die Calomelfumigation und seine abfällige Meinung über die Einreibungskur u. dgl. m. wird indessen auf mannigfachen berechtigten Widerstand stossen.

Von französischen Lehrbüchern erwähnen wir jenes der Hautkrankheiten von **Guibout** (Leçons Cliniques sur les Maladies de la Peau, professées à l' Hôpital St. Louis — G. Masson. Paris 1876) wegen seines unverfrorenen Festhaltens an einem geradezu veralteten Standpunkte und völligen Ignorirens Alles dessen, was seit geraumer Zeit in der Dermatologie ausserhalb Frankreichs geleistet worden ist.

Einen wohlthuenden Gegensatz hiezu bietet das Buch von **Diday** und **Doyon** (Thérapeutique des Maladies Vénériennes et des Maladies Cutanées. Paris, G. Masson, 1876). Während Diday die Behandlung der venerischen Krankheiten, auf seine grosse Erfahrung gestützt, in pikanter Form, welche oft der dramatischen durch eingestreute Dialoge nahekommt, den Lesern geläufig macht, hat Doyon in Bezug auf die Hautkrankheiten eine sehr gewissenhafte und von gesundem Urtheil zeugende Darstellung des gegenwärtigen Standes der Haut-Therapie gegeben, welche in einfacher und würdiger Weise dem Gegenstande an den Leib geht. Es ist hiebei freilich nicht abzusehen, worin das zwei Abhandlungen von so disparatem Style und so ungleichen Gesichtspunkten verknüpfende Band eigentlich gelegen ist.

Gehen wir nun zu den Bilderwerken über, welche zur Förderung des Unterrichtes in der Dermatologie gegenwärtig als neu erschienen oder erscheinend vorliegen, so gehören hieher:

Balmanno Squire: Photographic Clinique of the British Hospital. A Quarterly Periodical. London. Publ. by Subscription.

Tilbury Fox: Atlas of Skin Diseases. Parts I, II, III, IV, V mit je 4 Illustrationen. London u. Philadelphia 1876.

Louis A. Duhring: Atlas of Skin Diseases. Part I. Philadelphia, I. B. Lippincoth 1876.

Von letzterem Atlas, dessen erstes uns eingesendetes Heft auf 4 Tafeln: Eczem, Psoriasis, Lupus erythematodes, Syphiloderma nach Originalien chromolithographirt darstellt und dazu einen streng an den illustrirten Fall angeknüpften Text beifügt, können wir berichten,

dass wir die künstlerische Ausführung der Tafeln für sehr gelungen halten und dem in handlicher Form in Quart und bei mässigem Preise (2,50 Doll. das Heft) erscheinenden schönen Bilderwerke einen wirklichen Erfolg versprechen. An der Ansicht des Verf., als hätten die Hautkrankheiten in Amerika hie und da einen wesentlich anderen Verlauf als in Europa, möchten wir indessen manchen Zweifel hegen, und können diess um so mehr aussprechen, als ja das vorliegende Werk dieser Entschuldigung für sein Erscheinen keineswegs bedarf.

Von **Hebra's Atlas** sind die IX. Lieferung (Roseola, Urticaria, Pemphigus vulg. und foliaceus, Impetigo herpetiformis) und die X. Lieferung (Tylosis, Papilloma, Sycosis framboesiformis, Rhinoskleroma, Cheloidea, Lymphangioma, Hypertrichiasis, Sarcoma melanodes, Carcinoma melanodes) erschienen. Es ist wohl überflüssig, ausdrücklich hervorzuheben, dass die neuesten Lieferungen sich würdig den vorhergegangenen dieses Prachtwerkes anschliessen.

Angekündigt ist endlich ein Illustrationswerk in Quart über elephantiatische Formen von **Esmarch** und **Leisrink**, Hamburg bei J. F. Richter, welches binnen Jahresfrist erscheinen soll und über welches wir seiner Zeit berichten werden.

On certain endemic Skin and other Diseases of India and hot Climates generally (Ueber gewisse endemische Haut- und andere Krankheiten Indiens und heisser Klimate im Allgemeinen) von Dr. **Tilbury Fox** und Dr. **T. Farquhar**, mit Noten über Pellagra, Clou de Biskra, Caneotica und Aleppobeule von Dr. **H. Vandyke Carter.** Veröffentlicht unter Sanction des Staatssecretärs für Indien im Ministerrathe. London bei J. u. A. Churchill 1876.

Im Jahre 1872 dieses Archivs, p. 472, haben wir ein von Dr. Fox und Dr. T. Farquhar verfasstes Schema für in Indien endemische Hautkrankheiten angezeigt, welches im Auftrage der Regierung den indischen Aerzten zur Beantwortung übersendet wurde. Diese Beantwortung liegt nun in einem den obigen Titel führenden, starken Bande vor und enthält eine Fülle von anregenden, neuen, ergänzenden, berichtigenden, belehrenden Details aus den Federn guter Beobachter, welchen manche daneben laufende Arbeit geringerer Qualität keinen Eintrag thun kann.

Wir heben von den einzeln Kapiteln hervor: Das Capitel: Morphaea mit den Berichten von Someren, Boeck, Hug, Ghosal u. A.

aus welchen die Verf. den wichtigen Schluss ziehen, dass Morphaea nicht wie früher von Wilson und Fox geglaubt worden war, als Ueberbleibsel mittelalterlicher Lepra-Endemien zu deuten sei, sondern dass sie mit Lepra gar keinen Zusammenhang habe. Das Kapitel Scleroderma enthält weniger Neues, da es in Indien selten zu sein scheint. Ein Beobachter, Ghosal, hält die Morphaea mit Scleroderma verwandt oder identisch, was die Verfasser ebenfalls für wahrscheinlich halten.

Der Elephantiasis Arabum widmet das Buch eine sehr ausführliche, viel Interessantes enthaltende Abhandlung.

Ueber Yaws (Framboesia, Pian) enthält das Buch eine (auch in Fox's Lehrbuch 3. Aufl. enthaltene) präcise Darstellung, welche darin gipfelt, dass die in Afrika und Westindien unter der Negerrace vorkommende Krankheit in Ostindien und China sich nicht findet und von Syphilis verschieden ist. Was die Aleppobeule betrifft (welcher auch Caneotica, Biskrabeule, Mooltanübel, Yemen- und Adengeschwüre, Bagdadbeule u. s. w. angehören, für welche alle die Verf. den Namen »orientalisches Uebel« vorschlagen), beziehen sich die Verf. am Schlusse ihres Berichtes auf die Abhandlung Geber's in dieser Vierteljahresschrift 1874, pag. 446 ff. und halten die von letzterem Autor aufgestellte Ansicht über die Identität dieses Leidens mit Syphilis, Lupus u. s. w. für eine grosser Aufmerksamkeit würdige neue These.

Das Kapitel über Tinea circinata orientalis, Burmese-Ringworm, Dhobie-Itch u. s. w. lässt die Verf. aus den im Appendix enthaltenen Antworten vieler Beobachter schliessen, dass es sich bei allen diesen Leiden um Herpes tonsurans handle, modificirt etwa durch klimatische Einflüsse u. s. w. Malabar-Itch dagegen gehört der Scabies an (Species: Scabies norvegica).

Ueber Pellagra endlich finden sich im vorliegenden Buche Berichte, welcher in den Abhandlungen von Winternitz (diese Vierteljahresschr. 1876, p. 151 ff. und 387 ff.) schon Erwähnung gethan ist.

Wir werden nicht ermangeln, in folgenden Heften dieser Vierteljahresschrift von dem reichlichen und werthvollen Material, welches uns in dem vorliegenden Buche geboten ist, unseren Lesern noch Manches mitzutheilen.

Auspitz.

Varia.

Der internationale medicinische Congress, welcher in Philadelphia bei Gelegenheit der Weltausstellung stattfindet, hat auch eine Section für Dermatologie und Syphilis bestellt und derselben eine Reihe von Fragen vorgelegt, deren Discussion durch Special-Referate eingeleitet werden soll. Die Fragen sind:

1. Veränderungen in Form und Verbreitung von Hautkrankheiten in verschiedenen Gegenden von gleicher Civilisationsstufe. Referent: Prof. James C. White aus Boston.

2. Sind Eczem und Psoriasis locale oder constitutionelle Erkrankungen? Referent: Dr. L. D. Bulkley aus New-York.

3. Ueber das Gift des venerischen Geschwüres, Unität oder Dualität desselben. Referent: Prof. F. J. Bumstead aus New-York.

4. Behandlung der Syphilis, mit besonderer Rücksicht auf die ihren verschiedenen Stadien entsprechenden constitutionellen Heilmittel, die Dauer ihrer Anwendung und die Frage ihres fortzusetzenden oder zu unterbrechenden Gebrauches. Referent: Dr. E. L. Keyes aus New-York.

Der Congress ist am 4. September in der Universität von Pennsylvanien in Philadelphia eröffnet worden. Mittheilungen über den Gang der Verhandlungen werden wir seiner Zeit erstatten.

Todesfälle.

William Acton in London, bekannt durch seine Werke über reproductive Organe und über Syphilis (London bei Renshaw, 1841), starb am 7. December 1875, 62 Jahre alt, an Herzverfettung.

George Green Gascoyen, Chirurg am Lock- und St. Mary-Hospital in London, geschätzter Schriftsteller über Dermatologie und Syphilis (zuletzt über Reinfectio syph. siehe diese Vierteljahrsch. 1875 pag. 361), am 23. Jänner d. J. 46 J. alt, an Lungenentzündung.

Bibliographie des Jahres 1875.[1]

V. Verzeichniss.

(Fortsetzung von Jahrg. 1875 p. 411 u. 575 u. Jahrg. 1876 p. 147 u. 319)

und des Jahres 1876, I. Verzeichniss.

Dermatologie und Vaccine.

Abegg, Ueber die Contagiosität des Pemphigus neon. Jahrb. f. Kinderh. N. F. IX. 4. p. 394. 1876.

Adamkiewicz, Ueber die Möglichkeit der Erzeugung von Krankheiten durch Vaccination. Vierteljahrschr. f. ger. Med. N. F. XXIV. 1. p. 145. Jan. 1876.

Anderson, T. Mc Call, Ueber innerliche Anwendung des Theers bei Psoriasis. Brit. med. Journ. Febr. 19. p. 217. 1876.

Averbeck, H., Ueber Impfung und Impfzwang. Eine pop.-wiss. Darstellung. Bremen, Heinsius. 8. IV. u. 65 S.

Bätge, A., Zur Casuistik multipler Keratosen. Deutsche Zeitsch. f. Chir. VI. 4. u. 5. p. 474. 1876.

Bergh, R., Bericht über die 2. Abth. d. allg. Hospit. in Kopenhagen, 1874. Hosp. Tid. 2. R. II. 28—33.

Bericht über die Wirksamkeit des Vereins f. Kuhpockenimpfung im Haag im J. 1874. Nederl. Weekbl. 45.

Biesiadecki, Leukämische Tumoren der Haut und des Darmes. Wiener med. Jahrb. 3. p. 233. Mitth. d. Vereines d. Aerzte in N.-Oe. II. 2. p. 30. 1876.

Biffi, Serafino, Ueber Vaccinationen, Revaccinationen u. Pocken in der Provinz Mailand im J. 1874. Ann. univers. Vol. 234. p. 345. Novemb.

Bizzozero, G. u. N. Manfredi, Ueber Molluscum contagiosum. Med. Centr. Bl. XIV. 7. 1876.

---

[1]) Wo keine Jahreszahl angegeben ist, wolle 1875 verstanden werden.

Bohn, Bedenken gegen die Contagiosität des Pemphigus acutus neonat. und seine Abhängigkeit von der physiolog. Hautabschuppung in der ersten Lebenswoche. Jahrb. f. Kinderhlk. IX. 3. p. 304. 1876.

Brown, Francis, Ueber Revaccination. Boston. med. and surg. Journ. XCIII. 22. p. 603. Nov.

Bulkley, D., a) Papulöses Eczem auf der Brust. — b) Eczem des Scrotum bei einem Knaben. — c) Herpes zoster. — d) Erythema circinatum. — e) Eczem an d. Stirn in Folge d. Einwirkung des Hutfutters. Arch. of Dermatolog. II. 2. p. 153. Jan. 1876.

Bulkley, D., Fälle von Basedow'scher Krankheit, begleitet von chronisch. Urticaria. Chicago Journ. of nerv. and ment. dis. II. 4. p. 513. Oct.

Clay, R. H., Innere Anwendung des Theers bei Psoriasis. Brit. med. Journ. Febr. 12. p. 191. 1876.

Colomiatti, Vitt. Franc., Ueber das Wesen u. die Structur des Lupus vulgaris. Ann. univers. Vol. 245. Nov.

Colin, L., Parotitis bei eruptiven Fiebern. Gaz. des Hôp. 25. p. 197. 1876.

Coppez, Ueber Herpes ophthalmicus. Annal. d'ocul. 75. p. 33. Jänner 1876.

Corson, N., Eis bei Scharlach und Diphtherie. Philad. med. and surg. Rep. XXXIV. 12. März 1876.

Cruse, P., Sclerodermie bei einem Säugling. Petersb. med. Zeitschr. N. F. V. 4. p. 306.

D'Ailly, A. J., Bericht über die Wirksamkeit der Amsterdamer Gesellschaft zur Beförderung der Pockenimpfung für Unbemittelte, für das J. 1875. Nederl. Weekbl. 8. 1876.

Davies, David, Scharlachfieber-Epidemie in Bristol. Brit. med. Journ. Nov. 27, Dec. 4.

Déjerine, Befund an d. Nerven in einem Falle von vesiculöser und bullöser Eruption bei einer Frau mit allgem. Paralyse. Gaz. de Paris 9. p. 106. 1876,

Demme, R., Nutzen u. Schaden der Schutzpockenimpfung. Bern 1876. J. Dalp'sche Buchh. 8. 70 S. mit 1 Tabelle.

Dreyfous, Ueber Herpes. Gaz. hebd. 2. S. XIII. 1. 2. 1876.

Drysdale, Charles R., Ueber animale Vaccination. Publ. Health III. 47, 48. Dec.

Duhring, Louis A., Eczema rubrum und diffuse Psoriasis bei Kinde. Philad. med. and surg. Reporter XXXIV. 3. p. 47. Jan. 1876.

Evans, T. B., Ueber die Beziehungen zwischen Diphtherie und Scharlach. Phil. med. and surg. Rep. XXXIII. 21. p. 407. Nov.

Estlander, Scrofulöse Geschwüre an der Oberlippe. Finska läkaresällsk. handl. XVII. 1. S. 44.

Féréol, Erythema desquamativum scarlatiniforme. Gaz. des Hôp. 15. p. 116. 1876.

Fèvre, A., Ueber Affectionen des Hautorganes bei Geisteskrankheit. Ann. méd. psych. 5. S. XV. p. 26. Jänner, März 1876.

Fox, J. M., Ueber Verhütung u. Ausbreitung d. Scharlachfiebers. Sanitary Record IV. 83, Jan. 1876.

Fox, Tilbury, Ueber d. sogen. Pilzfuss v. Indien. Lancet I. 5; p. 190. Jan. 1876.

Gherini, A., Krebsartige Warzen an den Füssen. Gazz. Lomb. 7. 20. 1876.

Giacchi, Verhältniss des Scharlachs zur Diphtherie. Raccoglit. med. XXXIII. 39. 7. März 1876.

Green, W. E., Fall von Scharlach mit darauf folgendem acuten Rheumatismus. Med. Times and Gaz. Dec. 18.

Guibout, Ueber Impetigo. L'Union 145. 149.

Hebra, Ferdinand, Atlas der Hautkrankheiten. Bilder von Dr. Carl Elfinger und Dr. Carl Heitzmann. 9. Lieferung: Roseola Urticaria, Pemphigus vulgaris u. foliaceus, Impetigo herpetiformis. — 10. Lieferung: Tylosis, Papilloma, Sycosis framboësiformis, Rhinosklероma, Cheloidea, Lymphangioma, Hypertrichiasis, Sarcoma melanodes, Carcinoma melanodes. Je 10 Tafeln mit Text. Wien 1876. Gerold's Sohn. gr. Fol. Je 65 Mk.

Hebra, Hans, Ueber die Anwendung des Schabeisens bei Hautkrankheiten. Wiener med. Wochenschr. XXV. 51.

Heusinger, Otto v., Neues Impfinstrument. Berl. klin. Wchnsch. XIII. 9. p. 119. 1876.

Hiller, Arnold, Anomalien in der Entwicklung v. Impfpusteln. Med. Centr. Bl. XIV. 3.

Hug, Impfrothlauf in der Stadt Freising 1875. Bayer. ärztl. Int. Bl. XXII. 49.

Hutchinson, Jonathan; Arthur W. Edis, Entwicklung von Prurigo nach Varicella und Vaccination. Brit. med. Journ. Nov. 27, Dec. 5.

Hutchinson, J., Ueber Winter-Prurigo. Brit. med. Journ. Dec. 25.

Hutchinson, Nutzen des Arseniks in einem Falle von schwerem Pemphigus. Med. Times and Gaz. Dec. 4. pg. 624.

Jacobi, C., u. Albert Guttstadt, Das Reichsimpfgesetz vom 4. April 1874, nebst Ausführungsbestimmungen d. Bundesraths u. d. Einzelstaaten. 2. Aufl. Berlin 1876. Fr. Kortkampf.8. XVI. und 180 S.

Jahn, Ueber d. Fähigkeit d. Vaccine, an d. Impfstelle local zu beharren, u. über supplementäre Impfungen. Thüring. Corr. Bl. IV. 12.

Jorissenne, G., Ueber Herpes ophthalmicus. Broch. C. Lüttich. Vaillant-Carmanne. 8, 26 pp.

Kaposi, Fall von Zoster, Zoster cervico-brachialis gangraenosus dexter 5. Recidiv. Wien med. Wochenschr. XXVI. 1. 2. 1876.

Kaposi, Zur Aetiologie d. Herpes zoster. Wien. med. Jahrb. I. p. 55. 1876.

Koch, C. A. L. Mittheilungen aus d. Impfpraxis. Würtemb. Corr.-Bl. XLV. 40.

Kugelmann, L., Wie ist die Sterblichkeit bei Scharlach, Masern und im Wochenbette auf ein Minimum zu reduciren? Broch. Hannover 1876. Schmorl u. Seefeld 8. 48 S.

Labbé, L., u. Fourestié, H., Multiple molluscoide Fibrome. L'Union 17. 1876.

Laillier, Ueber Tinea, Favus, Trichophyton und Pityriasis versicolor. Gaz. des Hôp. 147. 1875. 4, 19, 23. 1876.

Laveran, Hydatidencyste der Leber, Urticaria nach der Punction. Gaz. d. Hôp. 49. 1876.

Leisrink, H., Elephantiasis cruris; Ligatur der Art. femoralis comm.; guter Erfolg. D. Zeitsch. f. Chir. VI. 4. u. 5. p. 345. 1876.

Lewis, T. R., and D. D. Cunningham, The fungus disease of India. Calcutta, Governments Printing Office. 8. 96 pp. with plates.

Mackey, Edward, Ueber die Diagnose gewisser Hauteruptionen. Lancet I. 4. Jan. 1876.

Martin, A., Herpes et Erythema Iris und Scarlatina bei Wöchnerinnen. Zeitschr. f. Geburtsk. u. Frauenk. 1, 2. p. 325.

Martineau, L., Ueber Behandlung d. Pityriasis capitis mit Chloralsolution. Bull. de Thér. XC. p. 49. Janv. 30. 1876.

Mauriac, Ueber neuralg. Herpes der Genitalorgane. Gaz. des Hôp. 7, 11, 20. 1876.

Milroy, Gavin, Ueber das Trinidad Lepra Asylum im J. 1874. Med. Times and Gaz. Dec. 11.

Milroy, Gavin, Ueber die Contagiosität d. Leprose. Med. Times and Gaz. Jan. 29. 1876.

Milton, J. L., Fall von Lupus non exedens. Arch. of Dermat. II. 2. p. 231. Jan. 1876.

Monteills-Pons, E., Ausbreitung einer Variola-Epidemie durch die Vaccination. Ann. d'Hyg. 2. S. XLV. p. 180. Jan. 1876.

Morf, J., Beobachtungen während einer Pockenepidemie zu Crefeld am Rhein 1871 u. 1872. Bayer. ärztl. Int. Bl. XXIII. 6, 7. 1876.

Nettleship, Edward; James H. Stowers, Sehr rasche Entwicklung zahlreicher Flecken von Tinea circinata. British med. Journ. Nov. 27. p. 672. Dec. 18. p. 758.

Nolli, Giovanni, Experimente über Pocken. Gazz. Lomb. 7. S. II. 52. p. 415.

Olshausen, R., Ueber Scharlach während des Wochenbettes. Arch. f. Gynäk. IX. 2. p. 169.

Ory, E., Spontanes Keloid. Bull. de la Soc. anatom. 3. S. X. p. 778. Oct.—Déc.

Parisot, V., Fieberhafter generalisirter Herpes. Revue méd. de l'Est IV. 11. p. 346. Déc.

Petters, Wilhelm, Die Blatternepidemie in Prag in d. J. 1872/73. Prag. Vierteljahresschr. CXXIX. (XXXIII. 1.) p. 1. 1876.

Pick, Ueber einige Behandlungsmethoden der Hautkrankheiten. Prag. med. Wochenschr. I. 1. p. 17. 1876.

Pocken, Erkrankungen und Todesfälle durch solche in Bayern im J. 1874. Bayer. ärztl. Intell.-Bl. XXII. 47.

Purjesz jun., Sigmund, Ueber d. Existenz d. Pemphigus acutus Deutsch. Arch. f. klin. Med. XVII. 2. u. 3. 271. 1876.

Rémy, Ch., Zur mikroskop. Anatomie d. Favus. Bull. de la Soc. anat. 6. S. X. 3. p. 379. Juin—Juillet.

Remy, Chr.; E. Ory, Fälle von Molluscum. Bull. de la Soc. anat. 3. S. X. p. 786, 789. Oct.—Déc.

Roncati, Pietro, Ueber Aufbewahrung d. Vaccinelymphe im flüss. Zustande. Gazz. Lomb. 7. S. III. 1. 1876.

Schlimmer, Joh., Die Aleppo-Beule. Wien. med. Woch. XXV. 52.

Schwimmer, Ernst, Ueber anomale Erythemformen. Pester med. chir. Presse. XII. 1. 1876.

Spamer, Ueber Säugung d. Kindes durch d. an Variola erkrankte Mutter. Berl. klin. Wochenschr. XII. 50.

Squire, Balmanno, Ueber Behandl. d. Psoriasis durch Unterkleider aus Gummi. Brit. med. Journ. Febr. 19. p. 217. 1876.

Squire, William, Ueber Schutzmassregeln gegen infectiöse Eruptionskrankheiten. Practitioner XCII. p. 161. Febr. 1876.

Taube, Max, Beitrag zur pathol. Anatomie der Morbillen. Leipzig 1876. Druck von Oskar Leiner. 8. 24 S.

Taylor, R. W., Idiopathische localisirte od. partielle Atrophie der Haut. Arch. of Dermatol. II. 2. p. 114. Jan. 1876.

Thin, George, Ueber d. Aleppo-Beule oder d. „Biskra bouton.“ Brit. med. Journ. Febr. 19. 1876.

Thiriar, J., Ueber Variola und Vaccina, mit Bezug auf eine Epidemie zu Bas-Ixelles im Frühjahre 1875. Journ. de Brux. LXV. p. 13. Janv. 1876.

Thiry, Ueber Lupus vorax d. Gesichts u. d. Nase. Presse méd. XXVIII. 6. 1876.

Thoma, Richard, Anat. Unters. über Lupus. Virchow's Arch. LXV. 3. p. 300.

Trélat, Ueber die Beziehungen zwischen Psoriasis u. Epitheliom d. Zunge. Bull. et mém. de la Soc. de chir. I. 11. p. 844.

Ullersperger, J. B., A. Araroba e o pó de Goá gegen Flechten. Berl. klin. Wochenschr. XIII. 3. 1876.

Verstraeten, Ueber das Blut d. Pockenkranken. Presse méd. XXVII. 51.

Walton, G. E., Ueber animale Vaccination. X. 7; Febr. 1876.

Weber, E., Ueber die Biskrabeule. Rec. de mém. de méd. 3. S. 32. p. 34. Jänner 1876.

Weisse, Faneuil D., Folliculitis sebacea. Arch. of Dermatol. II. 2. p. 107. Jan. 1876.

Williams, J., Intermittirendes Ekzem, Dysmenorrhöe. Obstetr. Journ. III. p. 729. Febr. 1876.

White, James C., Fälle von Hautkrankheiten. Boston med. and surg. Journ. XCIV. 4. p. 85. Jan. 1876.

Wigglesworth jun., Edward, Idiopath. multiples medullares Rundzellensarcom der Haut. Arch. of Dermatol. 2. p. 97. Jan. 1876.

Zimmer, K., Erythema chron. bei Diabetes. Prager med. Wochensch. I. 17. 1876.

Zinn, Das Reichs-Impfgesetz und seine Durchführung. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXIII. 1. 1876.

Syphilis.

Björnström, Fr., Fall von Darmsyphilis. Upsala läkarefören. förhandl. XI. 1. S. 72. (Jahrb. CLXIX. p. 145.)

Boyland, George Halsted, Behandlung venerischer Krankheiten mit Salicylsäure. Amer. Journ. N. S. CXL. p. 413. Oct. 1875.

Bridge, Horatio, Schankroide Ulceration u. Strictur d. Rectums; Lumbarcolotomie. Arch. of Dermatol. II. 2. p. 122. Jan. 1876.

Déjerine, Syphilis der Leber bei einem 2 Monate alten Kinde. Bull. de la Soc. anatom. 3. S. X. 3. p. 447. Juin—Juillet.

Dittel, Zur Behandlung der Prostata hypertr. Wiener med. Woch. XXVI. 22, 23, 24. 1876.

Downes, Arthur, Ueber eine Hautaffection bei mit congenitaler Syphilis behafteten Kindern. Med. Times and Gaz. Jan. 8. 1876.

Drognat-Landré, Iritis syphil. Ann. d'ocul. LXXIII. p. 250. Mai, Juni.

Duhring, Louis A., Ulcerirendes Syphiloderma, d. Lupus vulgaris ähnlich. Philad. med. and surgic. Reporter XXXIII. 23. p. 444 Decemb.

Dupouy, Edouard, Ueber Kava-Kava (Piper methysticum) gegen Blennorrhagie. Journ. de Thér. III. 4. p. 125. Févr. 25. 1876.

Durand-Fardel, Prostitution in China. L'Union 60, 64, 67. 1876.

Eddowes, A., Ueber Reduction der Paraphimosen. Brit. med. Journ. 3. Jänner 1876. p. 688.

Edlefsen, Zur Frage von der Contagiosität der hereditären Syphilis. Berl. klin. Wochenschr. XIII. 5. 1876.

Fournier, Alfred, Ueber Phthisis syphilitica. Gaz. hebd. 2. S. XII. 49. 51.

Fournier, A., Syphilitische Entartung der Glandula sublingualis; nebst Bericht von Verneuil. Bull. et mém. de la Soc. de chir. I. 11. p. 837. Vgl. a. Gaz. des Hôp. 145. p. 1158.

Gauster, Mor., Zur Casuistik hereditärer Syphilis. Memorabilien XX. 12. p. 529.

Grünfeld, J., Ueber Ellbogenbubonen. Wiener med. Presse. 1876. XVII. 9.

Grünfeld, Polypen an der Urethralschleimhaut. Wiener med. Jahrb. 2. Wiener med. Presse. 1876. XVII. 13. p. 434.

Guyard, Hirnblutung; Gummata d. Dura mater, d. Schädelknochen und der Rippen; Tuberculose der Lungen u. Därme. Bull. de la Soc. anat. 3. S. X. p. 730. Oct.—Déc. 1875.

Haab, O., Zur Kenntniss der syphilitischen Epiphysenablösung. Virchow's Arch. LXV. 3. p. 366.

Hedenius, P., Fälle von Visceralsyphilis. Upsala läkarefören. förhandl. X. 7. S. 485.

Homolle, G., Meningomyelitis subacuta mit Paraplegie bei secundärer Syphilis; Tod. Bull. de la Soc. anat. 3. S. X. 3. p. 514. Juin et Juillet.

Hurford, Cedric, Acute Geistesstörung mit schnellem Tode bei Syphilis. Journ. of mental Science XII. p. 27. April 1876.

Hutchinson, Jonathan, Syphilitische Keratitis bei einem 3 Jahre alten Kinde. Lancet II. p. 25. Dec.

Hutchinson, Jonathan, Ueber Syphilis. Med. Times and Gaz. Febr. 5. 1876. — Lancet I. 6; Febr. 1876.

Hutchinson, James H, a) Pyämie nach Tripper. — b) Rupia specifica. Philad. med. and surg. Reporter XXXIV. 6. p. 105, 107. Febr. 1876.

Kassowitz, M., Die Vererbung der Syphilis. Wien 1876. Wilh. Braumüller. 8. 137 S. — Wien. med. Jahrb. IV. p. 359.

Key und Bruzelius, Fall von Pharynxstenose in Folge von wahrscheinlich syphilitischen Narben. Hygieia 37. 12. Sv. läkare sallsk. Förh. S. 268.

Keyes, E. L., Wirkung kleiner Quecksilberdosen auf d. Zahl der Blutkörperchen bei Syphilis. Amer. Journ. N. S. CXLI. p. 17. Jan. 1876.

Lancéreaux, Syphilit. Erkrankung der Hirnarterien. Gaz. des Hôp. 21. 1876.

Lasègue, Ueber Arthritis blennorrhagica. Gaz. des Hôp. 9. 1876.

Lewin, G., Ueber Syphilis hereditaria tarda. Berl. klin. Wochenschr. XIII. 2, 3. 1876. — Vergl. auch Wiener med. Presse XVI. 1. p. 13. 1876.

Maclean, W. C., Aneurysma der Aorta thoracica bei einem Syphilitischen. Brit. med. Journ. 4. März 1876.

Mauriac, Charles, Ueber intermittirende Aphasie u. rechtsseitige Hemiplegie b. Syphilis. Gaz. hebd. 2. S. XIII. 4, 6, 7, 8. 1876.

Mauriac, Charles, Ueber d. Seltenheit d. einfachen Schankers. Gaz. d. Hôp. 144, 146, 149, 150, 151, 152.

Mauriac, Charles, Ueber Syphilis d. Nasen- und Rachenhöhle
Gaz. de Par. 2. 3. 1876. — Bull. de Thér. XC. pag. 97. Févr. 15. 1876

Maymou, A., Ueber Synovitis tendinosa blennorrhagica. Arch
gén. 6. S. XXVI. p. 653. Déc. 1875. — Gaz. des Hôp. 15. 1876

Monti, Alois, Ueber d. Behandlung d. angeb. Lues mit Ferrum
jodatum saccharatum. Jahrb. f. Kinderheilkunde IX. 3. p. 335. 1876

Maunoury, Albuminurie; Gumma der Leber u. Lunge; Nephriti
parenchymatosa. Bull. de la Soc. anat. 3. S. X. p. 844. Oct.—Déc
1875.

Nirgon, Ueber Essentia Santali und deren Anwendung be
Blennorrhagie. Gaz. d. Hôp. 143.

Öwre, Adam, Ueber d. Aetiologie d. hereditären Syphilis. Nord
med. ark. VII. 3. Nr. 14. 1875.

Ory, E. u. Déjerine, Icterus gravis b. einer Syphilitischen. Bull
de la Soc. anat. 3. S. X. 3. pag. 449. Juin—Juillet.

Otis, F. A., Ueber Behandlung der Harnröhrenstrictur und de
Trippers. Lancet I. 23. 24. Juni 1876.

Paget, James, Ueber Pathologie der Syphilis. Brit. med. Journ
Febr. 19. 1876.

Parrot, Knochenaffectionen als einziges Zeichen hereditärer Sy
philis. Bull. de la Soc. anat. 3. S. X. 3. p. 513. Juin—Juillet.

Pick, Ueber Vererbung d. Syphilis; nebst Discussion im Verei
deutscher Aerzte in Prag. med. Wochenschr. I. 9. p. 175. 1876.

Rabot, Fr., Ueber d. syphilit. Affection d. Hirnarterien. Journ
de Brux. LXI. p. 335. Oct.

Robinson, Fred., Ueber Aneurysma im Thoraxraum in seine
Beziehungen zur Syphilis bei Soldaten. Lancet II. 24. Dec. p. 858.

Schech, Ueber Stenosirungen d. Pharynx in Folge von Syphilis
Deutsch. Arch. f. klin. Med. XVIII. 2. u. 3. p. 259. 1876.

Sigmund v. Ilánor, Ueber Verbandmittel und Verbandweise be
Syphilisformen. Wiener med. Wochenschr. XXVI. 5. 8. 1876.

Sigmund v. Ilanór, Bericht der Klinik der 1. Abth f. Syphilis
Wien, Druck der k. k. Hof- u. Staatsdruckerei. 8. 37 S.

Smith jun., Isaak, Syphilit. Infection durch den männl. Samen
Arch. of Dermatol. II. 2. p. 153. Jan. 1876.

Smith, T. Curtis, Ueber Syphilis. Philadelph. med. and surg
Reporter XXXIV. 5. p. 81. Jan. 1876.

Strohl, E., Zur Prostitutionsfrage. Viertelj. f. gerichtl. Med. N. F. XXIV. 1. p. 101. Jänner 1876.

Syphilis in Beziehung zu Aneurysmabildung. Lancet II. 23. p. 809, 822; 25. p. 899. Dec.

Taylor, R. W., Ueber die Gefahr der Uebertragung der Syphilis zwischen Säuglingen und Ammen. Amer. Journ. of Obstetr. VIII. 3. p. 436. Nov.

Taylor, C. B., Ueber Ophthalmia gonorrhoica. Med. Times and Gaz. 2. Apr. 1876. p. 360.

Thiry, Ueber Unität u. Dualität d. Schankervirus, über d. Phagedänismus und seine Beziehungen zur constitut. Syphilis. Presse méd. XXVIII. 4.

Vaffier, Du rheumatisme syphilitique. Paris, A. Delahaye. 8. 2 fr. Vgl. a. Gaz. des Hôp. 141.

v. Vajda, Ueber d. syphilitische Affection d. Lymphdrüsen. Wien. med. Presse XVI. 49. p. 1168.

Errata im II. Hefte.

Seite 209 am Ende der Seite anstatt Tudakowski soll sein Fudakowski.
„ 210 Zeile 8, 15 und 17 anstatt Chlorsäure soll sein Salzsäure.
„ 283 und 295 anstatt Preglad Uharski-Krakowski soll sein Przegląd lekarski Krakowski.
„ 295—297 anstatt Króworzynski soll sein Krówczyński.

Originalabhandlungen.

Die Wiener Klinik für Syphilis.

Ein Rückblick auf ihr 25jähriges Bestehen.

Von

Prof. Dr. v. Sigmund

in Wien.

Die Wiener medicinische Facultät hat in den letzten Jahrzehnten — seit 1849 — ihre alten vier Kliniken nicht nur beträchtlich erweitert und vervollkommnet, sondern es sind diesen auch vier neue Doppel- und sieben ganz neue Specialkliniken zugewachsen, alle mit dem wichtigsten Lehrmittel — Kranken — wohl ausgestattet, alle von zahlreichen Zuhörern aus den verschiedensten Richtungen der Windrose emsig besucht. Unter die neuen Specialkliniken zählt seit 1849 auch die für Syphilis im allgemeinen Krankenhause, und schon als dieselbe vor wenigen Jahren (1869) ganz unter die oberste Leitung des Unterrichtsministeriums überging, war ein Rückblick auf ihr 20jähriges Bestehen beabsichtigt, um in unserer ungemein schnell lebenden, überaus rasch weiter drängenden Zeit einige sonst bald schwindende Erinnerungen an ihre Errichtung und ihre früheren Ereignisse in gedrängter Schilderung festzuhalten. Gar vielseitige Berufsbeschäftigungen aber, u. a. eine ämtliche Sendung nach den Sanitätsanstalten Italiens (1871/72), die Weltausstellungsepoche (1872/73) mit ihrem internationalen medicinischen Congress, die officielle internationale Sanitätsconferenz in Wien (1873/74) und in Brüssel (1875), an denen ich ämtlich betheiligt war, mit sämmtlichen daran geknüpften Störungen geregelter wissenschaftlicher Thätigkeit — hatten unterdessen die mussefreien Stunden und Tage zu vielfach in An-

spruch genommen. Zum Ueberflusse entfremdete mich ein im klinischen Berufe selbst entstandenes Leiden binnen der Wintermonate 1874/75 der Klinik so, dass erst der Frühling 1874 mir wieder verstattete, meine Thätigkeit in derselben nach altgewohnter Weise fortzusetzen. Damit gehe ich denn jetzt erst an die Ausführung jenes Vorhabens.

Seit dem Bestehen der Klinik wurden von Regierungs- und Schulbehörden, sowie von Fachmännern häufig über Einrichtung und Verhältnisse der Klinik, sowie über Prophylaxis der Syphilis Fragen an mich gerichtet, deren Beantwortung in den folgenden Zeilen mit eingeschlossen und im Wesentlichen auch ämtlichen Quellen entnommen worden ist.

Eine zweckmässige Bekämpfung der ausgebreitetsten und gefährlichsten aller beständig und überall wuchernden Volksseuchen — der venerischen und syphilitischen Krankheiten — beruht wesentlich einerseits auf der genauen Kenntniss dieser Krankheit selbst, ihrer Entstehung und Verbreitung, sowie ihrer ärztlichen Behandlung, andererseits auf einer angemessenen Belehrung der gesammten Bevölkerung über dieselben. Ohne diese planmässig eingeleiteten Vorbedingungen vermag auch die verständigste Gesetzgebung und sorgsamste Verwaltung nicht an eine gründliche Lösung dieser überaus bedeutsamen social-humanitären Aufgabe zu gehen.

Vertraut mit allen Anträgen, welche bis heute die Zeit uns gebracht hat, um ein so ungeheures Uebel zu mindern und zu mildern, aus eigener Anschauung mit den Erfolgen bekannt, welche in einzelnen Ländern durch allgemein dagegen eingeführte Massregeln bereits erzielt worden sind (z. B. in Belgien und Italien), täglicher Zeuge und Genosse jener schweren Uebelstände, welche eine mangelhafte öffentliche Gesundheitspflege auch auf diesem Gebiete zur gar augenfälligen Folge hat, musste in mir schon lange die Ueberzeugung reifen, dass nur der Staat die Erfüllung jener doppelten Bedingung gesetzlich schaffen, sie werkthätig in allen Richtungen der Verwaltung fördern und schliesslich zu einer internationalen Angelegenheit machen könne und — solle. Zahlreiche, zu verschiedenen Zeiten und in verschiedenen Rich-

tungen wieder und immer wieder von mir unternommene Versuche für Erreichung dieses Zweckes sind nahezu erfolglos geblieben: Die Sorge für die Pflege der öffentlichen Gesundheit muss noch immer anderen Lebensfragen weichen, obwohl sie ja eigentlich die wichtigste Lebensfrage selbst ausmacht. Statt nun von solchen erfolglosen, ja oft übel aufgenommenen Versuchen dafür verstimmt oder gleichgiltig mich abzuwenden, schien es mir vielmehr angezeigt, von meinem Standpunkte aus jene Aufgabe persönlich innerhalb meines eigenen Wirkungskreises aufzufassen, indem ich die Errichtung einer Specialklinik für Syphilis beantragte und endlich auch ausführte. Von der Ueberzeugung durchdrungen, dass es den Aerzten gelingen werde, wenn über Syphilis selber besser belehrt, auch im gesammten praktischen Berufe den zahlreichen Uebelständen in der Behandlung derselben zu begegnen, rechnete ich zugleich darauf, dass die Bevölkerung auf diesem Wege die Krankheiten und die Kranken verständiger und humaner beurtheilen lernen, dann selbst mit beitragen werde, den Arzt in der Vorbauung und Behandlung derselben im praktischen und öffentlichen Leben werkthätig zu unterstützen und schliesslich Gesetzgebung und Verwaltung in gleichem Sinne vorgehen werden. Eine Rückschau auf die Vergangenheit und eine Umschau auf das heute Bestehende gibt mir die Zuversicht, den richtigen Weg betreten zu haben, und damit wäre ein Beitrag für die endlich mehr erwachende Schätzung der öffentlichen Gesundheitspflege geliefert.

Die Wiener Universitätsklinik für Syphilis ist am Schlusse des Jahres 1848 errichtet worden, indem die Vereinigung der beiden, im k. k. allgemeinen Krankenhause bestehenden, Abtheilungen für syphilitische Männer und Weiber von dem Ministerium des Innern auf meinen wiederholten Antrag genehmigt und die Leitung derselben auf den Vorschlag des medicinischen Professorencollegiums mir übertragen wurde [1]). Zugleich damit

[1]) Jede der früheren Abtheilungen machte einen Anhang einer medicinischen aus und wurde von den beiden ältesten Primarärzten versehen; die weibliche Abtheilung stand unter allseitigem strengem Abschlusse. Der Primararzt der männlichen Abtheilung gewährte mir von 1844—1848 die Auswahl von Kranken für die Privatkurse in meiner (damals chirurgischen)

erfolgte auch die Bewilligung, diese neue Abtheilung regelmässig für Lehrzwecke öffentlich zu benützen[1]). Nachdem ich die ärztliche Pflege in der Abtheilung zweckmässig geordnet und die heute noch für den Unterricht dienenden Säle zu klinischen Zwecken eingerichtet hatte, fand auf Antrag des Professorencollegiums meine Ernennung zum ausserordentlichen Professor der „ausserordentlichen" Lehrkanzel der Klinik für Syphilis zu Anfange des Jahres 1849[2]) statt.

Von diesem Zeitpunkt an bis zum Jahre 1869 ist die Klinik nahezu in gleichem Verhältniss geblieben, und erst aus einem äusseren Anlasse, welcher auf das unveränderte Fortbestehen derselben hätte Einfluss nehmen können, trat ihre heutige Gleichstellung mit den älteren „ordentlichen" Kliniken ein[3]). Das Professorencollegium richtete an das Unterrichtsministerium die Bitte, die beiden Lehrkanzeln für Dermatologie und für Syphilis fortan unter die älteren „ordentlichen" vom Unterrichtsfonde des Staates dotirten aufzunehmen, welche auch sofort gewährt und mit kais. Verordnung[4]) nicht nur bestätigt, sondern auch die Ernennung

---

Abtheilung. Mein erster Antrag auf Vereinigung der Abtheilungen in eine selbstständige den Unterrichtszwecken gewidmete Anstalt datirt vom Jahre 1843, als ich zugleich um die Habilitation an der Facultät nachsuchte.

[1]) Staatsministerialverordnung, Z. 10648, vom 10. December 1848.

[2]) Unterrichtsministerialdecret, Z. 1855, vom 16. März 1849 (kaiserl. Entschliessung vom 4. März). Die Ernennung traf mich in Egypten, wo ich mit einer Commission im Regierungsauftrage die Quarantänen des Orients bereiste und daher erst bei meiner Rückkehr (August 1849) neuerdings meinen Lehrberuf antrat und die seit dem Jahre 1844 ausgeübte Docentur damit vertauschte.

[3]) Reibungen und Zerwürfnisse der damaligen obersten Verwaltungsleitung des Krankenhauses verdarben den Leitern der Ausschlags- und der Syphilisabtheilungen die altgewohnte Freude an ihrem Wirkungskreis als Aerzte und Lehrer derart, dass sie an die Alternative ihres Scheidens aus dem Krankenhause oder an eine veränderte Stellung in demselben denken mussten und eine Denkschrift an das Professorencollegium richteten, in welcher sie die Nothwendigkeit eines geregelten Bestandes beider Kliniken unter einer anderen — der Leitung der Unterrichtsbehörde — begründeten. (Siehe Archiv für Hautkrankheiten und Syphilis, herausgegeben von Auspitz und Pick. I. Band. 1. Heft.)

[4]) Allerhöchste Entschliessung vom 4. März 1849, Unterrichts-Ministerialerlass vom 16. März 1849, Z. 1855.

der beiden ausserordentlichen Professoren jener Lehrfächer zu „ordentlichen“ verfügt, sowie die Leitung der zugehörigen Abtheilungen im Krankenhaus ihnen anvertraut wurde. Auf diesem Wege steht daher die Facultät nun im beständigen Besitze beider Kliniken, für welche von Seite des allgem. Krankenhauses ein ausreichendes Lehrmateriale dadurch gesichert bleibt, dass unter Einem die Verbindung der speciellen Krankenabtheilung mit der Klinik organisirt worden und der Professor gleichzeitig deren Primararzt ist. Im Laufe der zwanzig Jahre (von 1849—1869) war manches Ereigniss eingetreten, welches, wenn nicht den Bestand, so doch die Lehrmittel der Klinik beeinträchtigte: der beständige Raummangel, womit damals die Krankenhausleitung bei Epidemien, z. B. Typhus, Cholera zu kämpfen hatte, gab Anlass, die Säle der Syphilis aushilfsweise zu verwenden, indem man bald eine dritte Reihe neuer Betten in dieselben stellen liess, bald Massentransporte der Syphilitischen in entlegene Anstalten Wiens oder gar Badens und Klosterneuburgs verfügte. Einmal (zu Anfange des Jahres 1856) verlegte man sogar 300 Kranke in ein nothdürftig als Spital verwendetes Wollmagazin und in das (früher als sanitätswidrig erklärte) Strafhaus der Leopoldstadt, und beliess blos die beiden Säle der Klinik sowie einen für Nothfälle (Schwangere, Wöchnerinnen) unentbehrlichen Saal für die Aufnahme Syphilitischer in dem Krankenhause. Es hat in solchen Perioden gar oft des auf die wesentliche Aufgabe gerichteten Verständnisses bedurft, um persönliche Reibungen zu verhüten, die mitunter zur Entfernung aller Syphilitischen aus dem Krankenhause hätten führen sollen. Der grosse Auszug der Syphilitischen im Jänner 1856 wurde bis zum Sommeranfang des nämlichen Jahres zu einem Rückeinzuge gestaltet, und die eben 1856 in Wien stattgehabte Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte fand, von deren Mitgliedern viel besucht, die Klinik wieder im Besitz aller ihrer Säle [1]) vor.

---

[1]) Ein Rückblick auf einen Theil alter Zustände sei gestattet! Der — aller Orten — fortwährende Kampf mit der Vernachlässigung oder Verletzung der wichtigsten hygienischen oder diätetischen Vorschriften trat bei der Uebernahme der Abtheilung für syphilitische Kranke am grellsten in den Vordergrund; durchgehends haben die heutigen Zustände gegen jene der vierziger und fünfziger Jahre ganz entschieden sich gebessert und der Kampf ist durch-

Dergleichen Störungen haben seit der neuen Organisirung gänzlich aufgehört; durch die Errichtung einer zweiten Abtheilung für Syphilis (1869) hat ferner auch einige Verringerung der Lasten eines einzigen leitenden Arztes aufgehört und, indem der Vorstand der zweiten Abtheilung gleichfalls öffentlich unterrichtet, ist den Aerzten genügende Gelegenheit geboten, mit der Syphilis klinisch vertraut zu werden.

Während die Klinik und Abtheilung für Syphilis ursprüng-

---

aus nicht fruchtlos geblieben. In manchen Sälen, wo männliche Wärter hausten, musste ich die mit Schmutz gefirnissten Fussböden abhobeln, theilweise ganz beseitigen lassen; die hier beständig von den Kranken besetzten Küchen glichen oft einer von Unrath aller Art besudelten Casematte und die Unfläthigkeit der Abtritte, obwohl Tag für Tag wiederholt gereinigt, war kaum für Stunden zu beseitigen. Ungeachtet reichlichen Gebrauches von Bädern erreichte die Unreinlichkeit des Kranken und der gesammten Wäsche oft ungeheure Dimensionen. Erweiterung der engen Fenster, der schmalen Thüren, Theilung der langen Zimmerreihe, Beseitigung der Urinbassins, Besserung der Lüftung u. dgl. musste Schritt für Schritt von der kargenden Verwaltung erkämpft werden. Die Mehrzahl der männlichen Wärter war der Faulheit, Trunkenheit und Dieberei ergeben, roh, unzuverlässig. Die schlimmsten Jahrgänge stellten sich nach dem Ablaufe der Revolutions- und der Kriegsvorgänge ein; man bekam es sehr oft mit körperlich herabgekommenen, in ihrer Erziehung verwahrlosten und in ihrem Benehmen häufig ungemein widerspänstigen und sehr rohen Individuen zu thun — eine harte Prüfung der Aerzte, welche von den Behörden gegen die oft höchst groben Insulte selten geschützt worden sind. Sieben frühere Jahre hatte ich die grösste chirurgische Abtheilung, im damals neuen Theile des Krankenhauses, in hohen, lichten, luftigen Sälen untergebracht, geleitet, — immer heiteren Sinnes an oft langem und schwierigen Werke, und jederzeit von der Freundlichkeit meiner Pflegebefohlenen ermuntert; — aus geräumigen, hellen, musterhaft reinlichen Sälen dieser meiner früheren Abtheilung plötzlich in die viel beengten, halbfinstern, grossentheils dumpfen Räume der Abtheilung für Syphilis der Männer in die Sphäre meistens undankbarer Patienten übergehend, habe ich die überaus trüben Eindrücke meines neuen Wirkungskreises lange nicht verwinden können und heute noch stehen jene grellen Contraste lebhaft vor meinem Sinne. Mittlerweile aber ist nun doch auch in diesen Räumen besser geworden, was sich in denselben eben besser machen liess. Nicht unerwähnt mag bleiben, dass die Einführung von Wärterinnen für die Männer-Abtheilung statt der vielfacher Beanständigung unterliegenden Wärter die Pflege der Kranken wesentlich begünstigt hat; ich konnte sie nur mit Widerspruch und Mühe zur Ausführung bringen, möchte jedoch nicht wieder zu männlichen Wärtern zurückgreifen.

lich (von 1849 an) allein alle Syphilitischen aufnahm[1]), erfolgte im Jahre 1856 in dem Wiedener Krankenhause die Einrichtung einer Abtheilung für Ausschlagskranke und Syphilitische und von letzteren wurden fortan alle von der Polizei bezeichneten Kranken ausschliesslich zugewiesen. In der im Jahre 1865 neu eröffneten Rudolfstiftung fand gleichfalls die Bildung einer besonderen Abtheilung für Ausschlagskranke und Syphilitische statt. Der fortwährende Andrang Syphilitischer hat aber mittlerweile so zugenommen, dass das Ministerium des Innern im Jahre 1869 noch immer die Nothwendigkeit einer zweiten Abtheilung damit begründete und als Norm die Zahl von 350 Betten im allgemeinen Krankenhause für Syphilitische festsetzte, von welchen etwa 180 für die Klinik und erste Abtheilung, 120 für die zweite, der Rest für die Ausschlagsabtheilung angeschlagen war. Gleichzeitig verfügte das Ministerium, dass fortan in den übrigen Abtheilungen keine Syphilitischen Aufnahme finden dürften, eine Verfügung, welche selbstverständlich vom ärztlichen Standpunkte aus sowohl in den Sälen für medicinische als auch chirurgische Kranke unausführbar erscheint. Bringt man diesen Umstand in Anschlag und damit auch die in den für Geistes-, Augen-, Ohren-, Rachen- und Kehlkopf-Kranke, endlich auch für Frauen bestimmten Sälen verpflegten Personen, so ist die Behauptung, dass an 500 Syphilitische

---

[1]) Neben den drei grossen vom Staate unterhaltenen Krankenhäusern nimmt auch das Spital der barmherzigen Brüder Syphilitische unbedingt auf, während in den übrigen Anstalten privaten Charakters das nicht grundsätzlich der Fall ist; doch kommen überall Syphilitische, sei es als offenbare, sei es als latente Formen in allen vor, und wollte man eine Gesammtübersicht der Syphilis haben, so müsste man auch in dem Spitale des Landesgerichtes, in den Haftanstalten, den Kinderspitälern, den Versorgungshäusern und Militärspitälern genaue Umschau halten und dazu die Kranken der Polikliniken hinzurechnen. Wien mit seinen Vororten zählt heute über Eine Million Einwohner; rechnet man dazu den Andrang der flottirenden Bevölkerung, worunter viele nur krankheitshalber die Residenzspitäler aufsuchen, so kann man eine annähernd richtige Uebersicht der Ausbreitung der Syphilis gewinnen. Man dürfte nicht weit fehlgehen, wenn man die Hälfte aller Erkrankungen darauf bezieht, allerdings die Fälle leichterer, sogenannter „venerischer“ Krankheitsformen unter dem einmal herkömmlichen Namen „Syphilis“ mit inbegriffen. Damit allein ist schon die Wichtigkeit des Unterrichtes über Syphilis für alle Aerzte von diesem Standpunkte gekennzeichnet.

ab und zu im Krankenhause verweilen und grossentheils zu allerdings mannigfachen Lehrzwecken dienen, wohl nicht unhaltbar.

Die Räumlichkeiten der Klinik und Abtheilung umfassen gegenwärtig die Säle 71, 72, 73, 74, 76 und 77 in dem mittleren Hofe des Krankenhauses[1]); sie sind im 1. Stockwerke gelegen, ziemlich gleicher Grösse, werden nach dem Meissner'schen Systeme geheizt, von den Mantelöfen aus sowie von den Saalwänden her gelüftet und besitzen (seit Juli 1875) die Wasserzufuhr der Hochquellenleitung, durch welche die altherkömmlich wenig zweckmässigen und in zu geringer Zahl bestehenden Abtritte wenigstens wohl ausgespült werden. In einem Saale sind durchschnittlich 25 Betten für Kranke und 2 für Wärterinnen aufgestellt, bestehend (seit 1874 und 1875) aus Holzstätten mit Drahteinlage, Matrazen, Schafwollkotzen, Leintüchern und Polstern; die gänzliche Beseitigung der Strohsäcke trägt viel zur Reinlichkeit der Betten und Zimmer bei. Als mangelhaft ist die Anlage der Säle zu bezeichnen, insofern sie zu gross, ihre Abtheilung (ohne Erfolg versucht im Saale 71) unausführbar, der Abgang von Wärtergemächern und voran eines Corridors sehr fühlbar sind. Immerhin gehören aber beinahe alle diese Räumlichkeiten noch zu den besten des alten Hauses. Für die Klinik selbst dienen die Säle 77 (25 Männerbetten) und 76 (26 Frauenbetten), zwischen denen dem Professor ein kleines Dienstzimmer übrig bleibt, indem ein grösserer Raum für seine Zwecke, besonders aber für das Ambulatorium nicht auszumitteln war — ein Uebelstand, an welchen sich auch die zu weit entlegene Wohnung des Assistenten anreiht, dessen unmittelbare Nähe gerade bei dieser Specialität nur zweckmässig wäre. Das Fehlen kleiner Räume, insbesondere von Einzelzimmern, kann gerade bei dieser Klinik nicht genug hervorgehoben werden, indem, abgesehen von der aus verschiedenen ärztlichen Gründen gebotenen Trennung der Kranken, den besseren Ständen angehörige Kranke z. B. Studenten, Beamte, Officiere u. s. f. nicht aufgenommen werden können.

---

[1]) Die erste Einrichtung umfasste auch den Saal Nr. 75, welcher indessen im Jahre 1873, um Raum für Cholerakranke zu gewinnen, der Abtheilung genommen, die Rückstellung versprochen worden, aber nicht wieder erfolgt ist.

Die Beköstigung der Kranken liefert die Küche des Krankenhauses nach den bestehenden Vorschriften. In der Klinik werden die Speisen und Getränke sowie in der Abtheilung aus gleichen Quellen entnommen, und so vielerlei auch an der Speiseordnung zu ändern versucht wurde, sie genügt im grossen Ganzen sowie im Einzelnen den heutigen Anforderungen des Arztes nur theilweise. Daran trägt, nächst der zu geringen Beachtung der neueren Speisenbereitungsweise, obenan die colossale Grösse der Anstalt die Schuld, für welche — für etwa 2000—2200 Personen täglich — aus zwei, überdies äusserst raumbeschränkten, Küchen gesorgt werden muss. Suppe, Fleisch, Gemüse, Mehlspeisen können bei solchen Verhältnissen unmöglich durchaus gut bereitet und, selbst wenn das der Fall wäre, bei den enormen Entfernungen der Krankensäle noch viel weniger gut erhalten vertheilt werden. Der beste Wille, die genaueste Beaufsichtigung müsste unter solchen Umständen scheitern. Die Verwaltung wird einmal auch an diese längst diagnosticirten, mit zahlreichen Anamnesen illustrirten Uebelstände Hand anlegen müssen und gewiss dann den Weg finden, System und Mittel daher auch die theilweise veraltete Speiseordnung zeit- und zweckgemäss zu ändern. — Die Apotheke, in der Anstalt untergebracht, wird vertragsgemäss von dem Gremium der Wiener Apotheker zur Zufriedenheit der Aerzte versehen, und es gilt der bekannte österreichische Humanitätszug, welcher die Verschreibungsweise der Aerzte in keiner Weise beschränkt; allerdings ist diese auch höchst einfach geworden, indem die riesigen Mengen sehr verschiedener Mittel eingeschrumpft, und die Massen von Blutegeln aus den Rechnungen verschwunden sind. — Die Wäsche der Anstalt hat in neuester Zeit gewonnen, bleibt aber stets ein nicht scharfsichtig und strenge genug zu beachtender Punkt derselben, welchem der leitende Arzt nie zu viel Misstrauen entgegen bringen kann. Die Luft und das Wasser der Säle, die Verbandgeräthe (auch Werkzeuge) sammt den Fehlern des Pflegepersonales, die Wäsche und die aus den Resten derselben bereiteten Verbandstoffe (Compressen, Verbandlappen sowie die Schwämme u. s. f.) sind die Elemente jener verderblichen „Contagien" und „genii (diaboli) epidemici," welche in den Spitälern hausen, und für welche man so mancherlei unwahre Beschönigungs- und Entschuldigungsgründe, — lauter Trugnamen, — erfunden hat.

Für die Krankenpflege bestehen in der Klinik die nämlichen Einrichtungen, wie in dem Krankenhause überhaupt. Die Leitung liegt in der Hand des Professors; als dessen Stellvertreter waltet der Assistent der Klinik, zugleich erster Secundararzt der Abtheilung, während drei Secundarärzte zweiter Classe denselben zur Seite stehen, und eine unbestimmte Zahl von aspirirenden jungen Aerzten sich dazu gesellt. Die Ernennung des Assistenten erfolgt (in der Regel für zwei Jahre) auf den Vorschlag des Professors vom Professorencollegium und seine Bezahlung (700 Gulden öst. Währ. Jahreshonorar, Wohnung im Hause, Heizung und Beleuchtung) aus dem Unterrichtsfonde; die Zuweisung der Secundarärzte zweiter Classe (gewöhnlich für etwa sechs Monate) von der Krankenhausdirection nach ihren Normen und die Besoldung derselben aus dem Krankenhausfonde. Assistent und Secundarärzte erhalten ihre Wohnung in dem Krankenhause, welches auch für die Beheizung und Beleuchtung dieser sorgt. Die aspirirenden Aerzte werden von der Krankenhausdirection zugetheilt, haben keine Entlohnungen und bilden theilweise den Stamm der Secundarärzte, theilweise suchen sie nur ihre weitere praktische Ausbildung. Ein ökonomischer Beamter überwacht die Verwaltung der Anstalt und holt auch persönlich (gewöhnlich in den Vormittagsstunden) die Aufträge und Mittheilungen des Leiters derselben ab. Das Wärterpersonale besteht aus Weibern allein, nachdem ich durch Vergleichung mit den bei männlichen Kranken ehedem verwendeten Wärtern zu dem Schlusse gelangte, der grössere Vortheil der Pflege liege in der Verwendung von Weibern, welche (selbst bei der von den meisten bis in das höhere Lebensalter genährten „Liebhaberei") meistens reinlicher, fleissiger und anständiger ihren Dienst verrichten, als Männer, die überdies höhere Lohnforderungen stellen, nicht selten allerlei Ausschweifungen begehen und bei den Kranken begünstigen. Die gegenwärtige übliche Zahl von Wärtersleuten (je 2 für einen Saal) ist noch immer zu geringe, obwohl in neuester Zeit die Lasten des Dienstes bedeutend verringert worden sind.

Um bei der anfänglichen Errichtung der Abtheilung zunächst dem oben berührten Bedürfnisse Rechnung zu tragen, wurde — nicht ohne mannigfache Schwierigkeiten — die Erweiterung der Fenster, welche auf einer Seite aller Säle kaum die Hälfte ihrer

gegenwärtigen Höhe besassen, dann die Theilung allzugrosser Säle und die Regelung der Abtritte, zumal die Beseitigung der grossen offenen Steinbecken und Rinnen für die Pissenden erwirkt. Ferner beschränkte ich die Verwendung der Küchen für die herkömmliche Bereitung von allerlei Absüden, Umschlägen u. dgl. und entfernte die Thee-Wärmekessel, welche auf den Heizöfen in den Sälen angebracht fast beständig brodelten, und endlich liess ich den seit vielen Jahren in den Männersälen mangelhaften Fussboden erneuern. Der richtigeren Handhabung von Massregeln für Licht- und Luftzufuhr, der Heizung und Lüftung sowie der kräftigeren Ernährung der Kranken, in Verbindung mit der sorgfältigsten Reinlichkeitspflege in Wäsche und Verband, schreibe ich es zu, dass die fast perennirende Gangrän sowie die alljährlich stereotyp im März und April auftretenden Skorbutfälle verringert wurden, endlich in vielen Jahrgängen nicht mehr sich einstellten, und Gangrän namentlich sich auch dann nicht verbreitete, wenn dieselbe wie nicht selten von aussen eingebracht vorkam. Einzelne Säle sind zu allen Zeiten von Skorbut und Gangrän verschont geblieben, und bei genauer Betrachtung ihrer Verhältnisse liess sich die Ursache immer in der richtigen Handhabung von Hygiene und Diätetik nachweisen. Die Erfahrung vieler Jahre spricht für das eben Gesagte, und es wird immer ein sehr grosser Nachtheil für die Anstalt bleiben, dass die Reinigung der Wäsche nicht ganz isolirt vollzogen werden kann, dass viele Verbandstücke, insbesondere die Compressen und die für Bereitung von Charpie verwendeten alten Leinwandlappen, keiner gründlichen Säuberung unterzogen werden. Dagegen gab es nur ein Mittel, diese von Fall zu Fall in die eigene Hand zu nehmen und Verbandstücke unsicheren Ursprunges und Reinigungszustandes gar nicht, dagegen wo nur thunlich frische präparirte Baumwolle, allenfalls die jetzt in Benützung kommenden besonders vorbereiteten Verbandstoffe zu verwenden.

Indem die allgemeine Aufmerksamkeit den Humanitäts- und speciell den Spitals- und klinischen Anstalten sich in neuester Zeit reger zuwendet, mögen einige Wünsche für die Syphilisklinik auch hier noch einmal Erwähnung finden, nachdem sich deren Gewährung bisher nicht erlangen liess.

Die Klinik sowohl als die Abtheilung bedarf besser pas-

sender und zweckmässiger eingerichteter Räume für Kranke, Aerzte, Lehrer und Wärterpersonale. Die gegenwärtig benützten Säle sind theils an und für sich zu gross, theils gestatten sie die Trennung nach Alter, Geschlecht, Beruf und Stand, Bildungsgrad und Sittengesetz keineswegs, aber auch nicht nach Massgabe der Art der Erkrankung und Behandlung. Räume für einzeln zu behandelnde Kranke, gleichwie für Ausführung besonderer Methoden (Einreibungen, Räucherungen u. dgl. m.) fehlen ganz, sowie ein Badezimmer, mit welchem zugleich die Einrichtung zur methodischen Anwendung der Hydrotherapie verbunden wäre. — Corridore sind im ganzen Hause nicht vorhanden, um die Bewegung im Freien zu gewähren, und die Höfe sind nicht geeignet, um den Kranken dieselbe ausgiebig zu gestatten, abgesehen, dass hier zweckwidrige Begegnungen und allerlei Störungen der Ordnung unvermeidlich blieben [1]). — Für die Entbindung Syphilitischer sowie für die erste Verpflegung von Mutter und Kind in der Anstalt sollte jedenfalls gesorgt werden. — Die Krankensäle sind ferner gegenwärtig sowie von jeher, mit Kranken ununterbrochen so besetzt, dass nur einzelne Betten — und das selten — für ein paar Tage leer sind. Im Laufe des Jahres können daher ganze Säle in der Regel für einige Zeit nicht geleert und gereinigt werden, sondern es geschieht nur einmal im Laufe des Sommers oder Herbstes. — Die unmittelbare Nähe wenigstens eines Arztes, dessen Wohnung an Klinik und Abtheilung angrenzte, lässt sich jetzt wohl nur schwer erzielen; sie wäre aber ein in jeder Hinsicht dringendes Bedürfniss. — Für die Berufsarbeiten des Lehrers mangelt der passende Raum [2]), da mit dem kleinen, ungünstig gelegenen

[1]) Der Wunsch den Kranken eine ihren individuellen Verhältnissen angemessene Beschäftigung und Zerstreuung zu gewähren, findet eine mehrseitige Begründung, zumal bei der meistens längeren Dauer der Erkrankungen und bei der geringen Schwächung der Kranken, welche, häufig von Langeweile geplagt, oft zu manchem die ärztlichen Anordnungen störenden Unfuge veranlasst werden. Dazu wären vorerst zahlreichere Räume erforderlich.

[2]) Für die Vornahme auch nur einfacher chemischer und mikroskopischer Untersuchungen dient gegenwärtig — allerdings kümmerlich — das Dienstzimmerchen des Professors, in welchem auch Bücher, Instrumente und Verbandstücke der Klinik sammt allerlei Hausgeräthe zusammengedrängt sind.

Dienstzimmerchen keinem Zwecke genügt wird, und dasselbe überdies zu den Verordnungen für das Poliklinikum verwendet werden muss. Für eben dieses aber fehlen die Aufnahmsräume der ambulirenden Kranken, welche auf einem wenige Schritte breiten Vorplatze der klinischen Säle zusammengepfercht sind, ohne auch nur eine Trennung nach dem Geschlechte zuzulassen, falls nicht in der Noth die klinischen Säle selbst dazu verwendet werden. Da das Poliklinikum gerade bei dieser Specialität ein wahres Bedürfniss, zugleich aber auch die Quelle ist, aus welcher die interessantesten Fälle der Klinik zufliessen, so kann die Herstellung eines dieser Specialität angemessenen Wartezimmers nicht nachdrücklich genug betont werden. Gleichzeitig wäre dann auch einem Zimmer Rechnung zu tragen, in welchem Kranke ganz allein untersucht werden können, wozu gegenwärtig nur für einen — den männlichen — Theil der Kranken und auch da nur nothdürftig Raum vorhanden ist. Wer den Einfluss zweckmässiger Räume auf Beschäftigung mit wissenschaftlichen Arbeiten genügend kennt, wird die Erfüllung aller dieser Forderungen doppelt ernst unterstützen.

Die Organisation des Wärterpersonales zumal in einer so riesigen Anstalt einer ebenso riesigen Weltstadt ist ein ungemein bedeutsames Problem, zu dessen Lösung auch zeitweise Anlauf genommen, befriedigende Erfolge aber noch nicht erzielt worden sind. Ohne in diese schwierigste aller häuslichen Fragen, deren Einzelnheiten alle erfahrenen Aerzte kennen, hier einzugehen, bemerke ich nur, dass der von mir im Jahre 1868 unternommene Versuch, auch den männlichen Theil der Syphilitischen durch weibliches Wärterpersonale pflegen zu lassen, befriedigend ausfiel und seit dieser Zeit nur dieses beibehalten worden ist. Laien und zumal ausländische Aerzte wurden von dieser Einrichtung befremdet, haben indessen nicht daran gedacht, dass bei vielen Nichtsyphilitischen die geschlechtliche Schamhaftigkeit eben so sehr hintangesetzt und dann — bei unversehrten Geschlechtsorganen — die Besorgniss des geschlechtlichen Verkehrs eigentlich oft wahrscheinlicher ist. Dieser Beweggrund entfällt daher bezüglich der Wahl des Geschlechtes für den Wärterdienst; dagegen herrscht bei Weibern mehr Reinlichkeit und mehr Ordnung als bei Männern, wie die Erfahrung der vergangenen Jahre überzeugend ge-

lehrt hat. Kommt schliesslich doch eine Organisation des Personales zu Stande, welche eine beständige, allseitige, wahrhaft haushälterische Beaufsichtigung des Wärterdienstes einrichtet — und dazu eignen sich nur gebildete, charakterfeste Frauen —, so wird die gesammte Krankenpflege nicht nur möglichst gebessert, sondern damit auch der Anstalt eine heute noch nicht genügend berechnete Ersparung zugeführt werden. Niemand wird dabei mehr gewinnen, als die Syphilitischen, deren zweckmässige Behandlung obenan Reinlichkeit und Ordnung fordert, und deren Verpflegung, da sie vielseitigere Bedürfnisse im Auge halten muss, verhältnissmässig höhere Kosten in Anspruch nimmt.

Die Reinigung und der Verband der Wunden und Geschwüre muss theilweise wenigstens dem Wärterpersonale überlassen werden; es hat nicht geringe Mühe gekostet, den Gebrauch gemeinsamer Bäder und Waschgeschirre zu beseitigen und denselben auf Einzelfälle zu beschränken, den herkömmlichen allgemein verwendeten Schwamm abzuschaffen und durch Berieselungsgefässe (Irrigatoren) sowie Spritzen zu ersetzen; ferner gingen und gehen heute noch Wärterspersonen und Kranke fast nur gezwungen daran, Wunden und Geschwüre nicht unmittelbar zu berühren (so z. B. die Finger nicht, sondern Kornzangen und Pincetten zum Anlegen und Abnehmen der Verbandstücke zu brauchen, ferner die Verbandmittel: Salben, Flüssigkeiten, Pulver u. dgl. m. mit Pinselchen auf die Geschwüre und Wunden aus kleinen Sondergefässen aufzutragen u. s. w.[1]). Diese scheinbaren Kleinigkeiten haben in der Pflege contagiöser Krankheiten die höchste Bedeutsamkeit und, wenn man pedantisch daran zähe hält, so hat man die günstige Erfahrung ihrer Zweckmässigkeit für sich. Eine der bedenklichsten Verunreinigungsquellen machen die zu Umschlägen verwendeten Compressen aus: sie sind aus unbrauchbar gewordenen Leintüchern bereitet, die also oft viele Jahre allen Besudelungen ausgesetzt, unmöglich immer gründlich gereinigt worden sind. Aus

---

[1]) Alle in der Klinik eingeführten Einzelnheiten des Verbandes und der Krankenpflege bespricht ausführlich die Einleitung zum „Receptformulare der Klinik für Syphilis“ (5. Auflage. Wien 1876); die hier bezeichneten Massregeln haben für die Behandlung der Syphilitischen einen so hohen Werth, dass ich mich zu der besonderen Veröffentlichung derselben entschloss.

ähnlichem Stoffe wird auch meistens die Charpie bereitet; so viel auch durch besondere vorgängige technische Reinigung geleistet werden mag: das Materiale bleibt verdächtig und deshalb habe ich als allgemeines Verbandmittel die Baumwolle (in der Privatpraxis nach Umständen auch feines Filtrirpapier und neuestens neben der sogen. englischen Charpie) eingeführt; dieselbe wird in verschiedenen Formen und Verbindungen mit Arzneistoffen (Carbol, Eisen u. a. m.) dazu vorbereitet.

Die Lister'sche Verbandweise hat ihre Anwendung sehr häufig gefunden und neben der Beseitigung oder Deckung des Gestankes sowie der Verhinderung der Gährung, liegt ein sehr hoher Werth des Verfahrens gewiss mit in der Verwendung reiner, ihrem Ursprunge nach schon unverdächtiger Verbandstoffe sowie in der raschen und vollständigen Abschliessung der Wunden gegen äussere Einflüsse. Letztere Vorzüge hat auch der wohlangelegte Baumwollverband. Selbstverständlich hat selbst hiebei die gewissenhaft individualisirende und präcise eigenhändige Betheiligung des sachverständigen Arztes den Hauptwerth.

An die Wünsche bezüglich der Einrichtung der Klinik und Abtheilung möchte ich noch einige bezüglich der Stellung des Lehrers und Arztes, sowie des Lehrfaches der Syphilis zu eingehender Erwägung anreihen. Wenn auch ein Assistent für die Unterrichtszwecke genügt, so bleibt die Zuweisung eines zweiten Hilfsarztes, für längere Zeit als die üblichen sechs Monate, in den Dienst der Abtheilung ein praktisches Bedürfniss. Die vor wenigen Jahren bestandene Ordnung, wornach ein bleibender eigener Secundararzt erster Classe der Abtheilung zugehörte, erwies sich als unverträglich mit den stetigen Vermischungen zwischen Kranken der Klinik und der Abtheilung, in der Erfüllung der ärztlichen und der Unterrichtsaufgaben. Die längere Beibehaltung eines Secundararztes zweiter Classe möchte dieser Forderung besser entsprechen, sofern sie in die Bestimmung des Lehrers gelegt bliebe, welcher die Eignung des Individuums von Fall zu Fall beurtheilen sollte.

Die Verbindung der Klinik mit einer grösseren Abtheilung von Kranken erschien mir auch bei der neuen Organisirung (1869) unerlässlich, um genügendes Lehrmateriale dem öffentlichen Unterrichte zu sichern. Dadurch habe ich dem Lehrer eine

sehr namhafte Last aufgebürdet, weil er zugleich als Primararzt der auch heute noch grössten Abtheilung des Krankenhauses die Einzelnheiten dieser Stellung Tag für Tag im Auge behalten und darauf thatsächlich viele Zeit und nicht geringe Mühe verwenden muss. Dafür erscheint er aber gegenüber allen seinen Berufsgenossen verhältnissmässig am wenigsten entschädigt, indem er blos den Gehalt eines Professors bezieht, und das Unterrichtshonorar im günstigsten Falle unbedeutend ausfällt. Man sehe bei dieser Bemerkung ab von der ausnahmsweisen Stellung des Schreibers dieser Zeilen, weil diejenige seines Nachfolgers eine zweckmässigere und leichtere, daher auch von Seite der ämtlichen Einrichtungen günstigere werden müsste, wenn er vorzugsweise und anhaltend seinen Pflichten als Spitalsarzt und Lehrer immerhin nachkommen soll. Der Vertreter der Syphilis unterliegt mit und in seinem Fach und Berufe (sowie in manchen Sphären des öffentlichen und Privatlebens) einer gewissen Zurücksetzung, welche leicht ungünstig auf die Ertheilung des Unterrichtes einwirken kann, und gerade in solcher Beziehung sollte ihm aller Vorschub geleistet werden, weil das Studium eben dieses, für Wissenschaft und Praxis sehr belangreichen, Faches bisher nicht genügend beachtet wird. Ohne den Nachweis gründlicher Kenntnisse von Syphilis sollte Niemand zur ärztlichen Praxis zugelassen werden, und dieser kann nur in einer wirklich „strengen“ Prüfung des betreffenden aus dem Fache selbst geliefert werden.

Die eben berührten Wünsche mag ich selber um so offener und unbefangener aussprechen, als sie für meine Person nicht mehr Erfüllung zu hoffen haben. Das jetzt Bestehende zu schaffen und zu erhalten hat manchen Kampf und vor Allem zähe Ausdauer gefordert; die wichtigste Grundlage, Schule und Lehrmittel stehen nun fest, und an dem Nachfolger wird es liegen seine vervollkommnende Hand anzulegen, was ihm bei der allgemein günstigeren Stimmung der Organe für Unterrichts- und Humanitätsanstalten auch leichter gelingen wird. Selbst mit den jetzt vorhandenen Mitteln kann es indessen einer berufenen rüstigeren Kraft, als es die des im mehr als vierzigjährigen Dienste der Heilkunde stehenden Mannes ist, wohl besser gelingen, mit allen Fortschritten der Zeit an der weiteren Ausbildung des Einzelfaches sich als Arzt und Lehrer erfolgreich zu betheiligen.

Ueber die Aufgabe der Klinik und Abtheilung für Syphilis[1]) habe ich mich wiederholt, zuerst eingehend in meinem Programme (Einleitender Vortrag für das Studienjahr 1849/50. Wien, Sollinger 1849) und später in der Denkschrift: über klinische Anstalten für Specialfächer mit besonderer Beziehung auf Haut- und venerische Kranke (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis 1869. I. Bd. 1. Hft. S. I—III) umständlich ausgesprochen und darin die Nothwendigkeit eines systematischen öffentlichen Unterrichtes in einer eigenen Klinik als Staatssache ausführlich begründet. Nebst der allen klinischen Anstalten gemeinsamen unmittelbaren Aufgabe der Förderung der Wissenschaft der Heilkunde und Heilkunst, sowie des praktischen Unterrichtes der Aerzte an den Kranken selbst, trägt die Klinik mittelbar auch dazu bei, über Entstehung und Verbreitung, über Vorbauung und Heilung der Krankheit richtigere Anschauungen in das Publikum zu übertragen. Dieses letztere Motiv galt für mich ganz besonders, indem durch und die von der Schule aus angestrebte Eignung aller Aerzte für die Behandlung Syphilitischer dem ungemein schädlichen Treiben minder berufener Praktiker am zweckmässigsten begegnet und zugleich die Bildung sachverständiger Organe für die öffentliche Gesundheitspflege eingeleitet wurde. Bei einer in allen Schichten der Gesellschaft verbreiteten und mit so zahlreichen anderen Krankheiten verwickelten Leiden, wie es die Syphilis heute ist und täglich noch mehr wird, hat die öffentliche Gesundheitspflege eine ihrer wichtigsten Aufgaben zu lösen und bedarf dabei unumgänglich fachkundiger Aerzte, deren Zahl auch heute noch eine zu geringe ist; meiner Anforderung diesem Bedürfnisse gegenüber war und ist, dass die Syphilis aufhöre eine Specia-

---

[1]) Klinik und Abtheilung sind hier gemeinsam aufgefasst, indem die erstere wesentlich für den öffentlichen Unterricht der Universitätszuhörer, die letztere für die praktische Uebung der jungen Krankenhausärzte zu dienen bestimmt ist. Abgesehen von den zahlreichen Mittheilungen in unseren Fachzeitschriften, liegen in den ärztlichen Jahresberichten des allgemeinen Krankenhauses mehr oder minder umfassende Berichte von beiden vor: bis zum Schlusse dieses Schuljahres haben über 50.000 Kranke (die Ambulanten eingeschlossen) zu jenen Zwecken gedient und in 81 speciellen Lehrcursen ist öffentlicher Unterricht ertheilt worden — Leistungen, über welche in einem folgenden Rückblick zu sprechen ich mir vornehme.

lität einzelner Aerzte zu sein, dass vielmehr jeder Arzt geeignet und berufen sei, in der privaten sowie in der öffentlichen Gesundheitspflege [1]), als competentes Organ aufzutreten. Ich käme hier zu weit ab vom Ziele dieser Zeilen, wenn ich berühren wollte, wie nachtheilig die, meistens unter dem Deckmantel des Geheimnisses behandelte, Syphilis in das Wohl des Familienlebens eingreift, wie wenig sich der Verbreitung derselben gerade im Familienleben entgegenstellen lässt, so lange der gewöhnliche Arzt von der Krankheit weniger als erforderlich versteht und schon darum häufig umgangen und sehr oft mit einem ganz unberufenen sogenannten Specialisten vertauscht wird, nicht zu gedenken jener zahlreichen und mannigfachen Verbindungen, die, wie wir täglich genauer ermitteln, die Syphilis mit den Leiden anderer Organe bedingt und jeden Arzt an die Ermittlung dieser Ursachen weiset.

Betrachtungen solcher Art sind es gewesen, welche mich vor mehr als drei Jahrzehnten (1843) bestimmt hatten, die Einrichtung eines Specialunterrichtes über Syphilis anzustreben, indem ich einerseits in meiner (damals für chirurgische Kranke gewidmeten) Abtheilung dem Capitel dieser Volkskrankheit immer eine Reihe von Vorträgen am Krankenbette widmete und schliesslich, unter mancherlei verfehlten Anläufen, zur Errichtung einer selbstständigen Abtheilung für syphilitische Kranke sowie der Klinik dafür gelangte. Die damals vielseitig ausgesprochene Besorgniss, dass die Verwendung zumal der weiblichen Kranken für diesen Unterricht grossen Hindernissen begegnen werde, hat sich in keiner Weise bestätigt.

---

[1]) Die Frage der Ueberwachung der Prostitution, auch in Wien vielfach behandelt, zählt unter die wichtigsten Bedingungen einer befriedigenden Lösung durch fachkundige und charakterfeste Aerzte für Untersuchung und Behandlung der betreffenden Individuen: Wer mit der Syphilis genau vertraut ist, kann unmöglich zugeben, dass die Mehrzahl der Aerzte heute zu diesem ernsten Berufe geeignet ist, was auch Einseitigkeit und Leidenschaft geleiteter Stimmen dagegen sagen mögen. Die Regelung der Prostitution ist eine vielumfassende sociale Angelegenheit, bei welcher der Arzt allerdings wesentlich mitbetheiligt ist, aber der Schwerpunkt seiner Wirksamkeit liegt in der gründlichen Kenntniss jener Krankheiten, welche bei der Prostitution in Frage kommen, und darunter zählt die Syphilis obenan.

Die Methode des Unterrichtes fasste hauptsächlich die Darstellung der Erscheinungen der Krankheit und der Erfolge der Behandlung an den Kranken selbst in's Auge, indem rein theoretische umständliche Auseinandersetzungen füglich der Lesung des Zuhörers überlassen werden können. Im Laufe der an die klinischen Krankenfälle geknüpften Vorträge floss ohnehin so viel Theorie mit ein, als die Uebertragung der Anschauungen des Lehrers auf den Zuhörer erfordert; die Unmittelbarkeit dieser bildet eben die Hauptsache des klinischen Unterrichtes. Bei der Reichhaltigkeit des, auch durch ein bedeutendes Ambulatorium vermehrten, Lehrmaterials kamen alle auch die selteneren Formen zur Beobachtung der Zuhörer, und es lag mir jederzeit daran, mit den Leistungen meiner Berufsgenossen in dem genauesten Zusammenhange zu bleiben. Die selbstständige Behandlung eines besonderen Faches büsst dabei nicht nur nichts ein, sondern sie bewahrt sich dadurch vor Einseitigkeit, welcher man ohne ununterbrochene Beachtung der Leistungen der gesammten Heilkunde leicht verfällt. Das Wiener Krankenhaus bildet einen so überaus günstigen Vereinigungspunkt aller ärztlichen Fächer, dass eine solche stetige Verbindung ungemein erleichtert wird. — Die von Zeit zu Zeit gehaltenen sogenannten Publica (in den Verpflichtungen des „Ordinarius" bekanntlich aufgezählt) habe ich zur Behandlung allgemeiner Fragen benützt und unter klinischen Demonstrationen namentlich die Prophylaxie und die Therapie der Syphilis zusammenhängend und ausführlicher besprochen. Vorträge dieser Art, vor einem meistens sehr zahlreichen und verschiedenen Zuhörerkreise, geben dem Lehrer genügende Gelegenheit, seine individuellen Ansichten als die Ergebnisse gereifter Erfahrung zu vertreten.

Wien, Ende September 1876.

Ueber Pityriasis rubra universalis.

Von

Dr. Hans Hebra

Docent für Dermatologie und Syphilis an der Wiener Universität.

(Hiezu Tafel V.)

Den Ausdruck Pityriasis rubra finden wir schon in älteren Werken. Bateman gebraucht ihn[1]), und benennt damit ein Uebel, das er in die II. Classe des Willan'schen Systemes unter die Squamae, als III. Gattung, 2. Art reiht.

Alibert [2]) führt die Pityriasis rubra unter dem Namen Herpes squamosus lichenoïdes in der 4. Gruppe der ersten Gattung auf. Beide geben Beschreibungen, die in Manchem zu dem Uebel passen, das heute mit obigem Namen belegt wird, jedoch auch andererseits Charaktere anführen, welche demselben nicht zukommen. So beschränkt sich bei Bateman die Affection nur auf einzelne Theile der Haut und schwindet auch wieder nach kürzerem oder längerem Bestande, während wir bei Alibert zweifellos ein Ekzem beschrieben finden, das nach langem Nässen mit Borkenbildung endlich in das Stadium eines Ekzema squamosum getreten ist, was der Autor pag. 37 selbst zugesteht. Eine Verwechslung mit unserer Pityr. rubr. wird, wie später zu ersehen sein wird, durch diesen Umstand vollkommen unmöglich gemacht, wenn auch die bei Alibert's Fall erwähnte Universalität beiden Affectionen zukommt.

---

[1]) Praktische Darstellung der Hautkrankheiten nach dem Systeme des Dr. Willan; aus dem Englischen von Dr. Ludwig Calmann, 2. Auflage, hrsggb. von Dr. E. Blasius, Lpzg. 1841, pag. 70.

[2]) Baron Alibert's Vorlesungen über Hautkrankheiten, hrsggb. von Daynac in Paris, deutsch von Dr. Max Bloest, Leipzig 1837, II. Bd. pag. 33.

Näher der heutigen Ansicht steht Fuchs [1]). Er gibt in der I. Classe, V. Familie, 2. Sippschaft, 8. Gattung, 4. Art eine Definition, die ziemlich treffend ist und es kann uns nur wundern, dass er sich bei diesem Uebel viel kürzere Zeit aufhält, als es verdient, vielleicht wegen ungenügender Beobachtungsdauer seiner Fälle.

Devergie [2]) ist der erste, der den Ausdruck richtig gebraucht, der damit ein Leiden attribuirt, das sich in vielen wichtigen Momenten von einem anderen unterscheidet, aber auch Aehnlichkeiten mit jenem besitzt, dem Ekzema squamosum.

Hebra [3]) hat die Sonderung streng durchgeführt und bezeichnet mit dem Namen Pityriasis rubra universalis eine Krankheit, „welche während ihres ganzen Verlaufes von keiner anderen Erscheinung begleitet wird, als von einer andauernden, intensiv dunkelrothen Färbung, ohne bedeutende Infiltration, ohne Knötchenbildung, ohne Entwickelung von Schrunden, ohne Nässen oder Bläschenbildung, welche mit geringem Jucken verbunden ist, und selten auf einzelne Hautstellen localisirt erscheint, sondern meist die ganze allgemeine Decke zu ihrem Sitze erwählt.“ Fügen wir zu der Farbeveränderung noch eine in verschiedenen Fällen verschieden starke Desquamation der Epidermis hinzu, so haben wir nebst der Universalität und der langen Dauer des Uebels die einzigen positiven Symptome der Pityriasis rubra aufgezählt.

Es resultirt daraus die Möglichkeit, da auch andere Hautkrankheiten zu Zeiten dieselben Charaktere besitzen, dass diese von jener aus dem objectiven Bilde im Momente der Betrachtung nicht differenzirt werden können und man nur durch die Verfolgung des Verlaufes der Krankheit zur Erkenntniss des Vorhandenseins der rothen Kleienflechte gelangen kann.

Es ist daher von Wichtigkeit, dass man dem l. c. et sequ. angegebenen Vorschlage Hebra's, das Ekzema squamosum nicht

---

[1]) Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhänge von Prof. C. H. Fuchs. Göttingen 1840, pag 123.

[2]) Traité pratique des maladies de la peau, Paris 1854, pag. 263.

[3]) Lehrbuch der Hautkrankheiten von Hebra und Kaposi. 2. Aufl. pag. 398.

auch mit dem Namen Pityriasis rubra zu belegen, Folge leiste, damit letzteres schweres, unheilbares Uebel nicht mit ersterem leichten, spontan schwindenden Leiden verwechselt werde, wenn auch momentan sich beide Krankheiten sehr ähnlich sehen können.

Diese Aehnlichkeit theilen nun hauptsächlich 3 Dermatosen: der Lichen ruber, das Ekzema squamosum universale und die Psoriasis universalis.

Der Lichen ruber kann nur nach sehr langem Bestande zur Verwechselung veranlassen. Nur zu einer Zeit, wo die Menge der Knötchen eine so bedeutende geworden ist, dass diese nicht mehr getrennt stehen, sondern, sich gegenseitig drängend, zu confluiren scheinen, und ferner nur dann, wenn diese Knötchenmassen mit einer grösseren Quantität sich abschilfernder Epidermis bedeckt sind, wird ein Bild producirt, das dem der Pityr. rubra ähnelt. Doch in der Peripherie, wo die Neubildung der Knötchen erfolgt, würden diese noch immer als isolirte kleine rothe Erhabenheiten erscheinen und sich dadurch leicht von der Pityr. rubra differenziren, bei der nie Knötchen vorkommen dürfen.

Zur Differenzirung letzterer von dem Ekzema squamosum bieten sich zweierlei Momente. Erstens wird es wohl kaum vorkommen, dass die ganze Haut mit einem nur abschuppenden Ekzeme bedeckt ist, sondern wir werden, nach der bekannten Eigenart dieser Flechte, an verschiedenen Stellen verschiedene Entwickelungsstufen vorfinden, so dass neben desquamirenden, nässende oder mit Borken bedeckte Partien der allgemeinen Decke sichtbar sein werden. Zudem stellt sich im Verlaufe eines jeden Ekzemes heftiges Jucken ein, welches zum Kratzen und zur Production mehr oder minder grosser Excoriationen veranlasst. Bei der Pityr. rubra aber sieht eine Hautstelle stets so aus, wie die andere; nirgends findet man Nässen oder Borken und auch der Pruritus ist, wenn überhaupt vorhanden, so gering, dass er nie bedeutende Abschürfungen der Oberhaut verursacht; dagegen klagen die Kranken über Spannen und eine Empfindung des Brennens.

Im weiteren Verlaufe sehen wir das Ekzem, auch ohne irgend welche Behandlung bei blosser Vermeidung der Schädlichkeiten, durch welche es entstanden sein mag, stets mehr und mehr schwinden und endlich einer normalen Haut Platz machen. Die Pityr. rubra schwindet, wie wir später noch Gelegenheit finden

werden detaillirt auseinander zu setzen, nie, sondern die im Beginne der Erkrankung nur unangenehmen Erscheinungen des Spannens steigern sich mehr und mehr, bis sie endlich in Unbeweglichkeit übergehen und dem Individuum durch die entstehenden Risse grosse Schmerzen verursachen.

Die Psoriasis kann nur in jenen seltenen Fällen zu Verwechslung Veranlassung geben, wo sie universell vorkommt, wo auch nicht ein einziger kleiner Fleck von derselben frei geblieben ist; in diesen Fällen aber um so leichter, als sie meistens tödtlich enden und daher dem Arzte das Substrat für eine längere Beobachtung, die immer zur genauen Differenzirung führt, des Falles entzogen wird. Wir werden daher hier manchmal in die Lage kommen, anamnestische Daten sorgfältig erforschen zu müssen, und aus ihnen dann mit einiger Leichtigkeit die Unterscheidung vornehmen können. Denn während die Psoriasis, im frühen Jünglingsalter beginnend, gewisse Stellen zur Entwickelung prädiligirt, spontan schwindet, um später wieder zu erscheinen; während sie ferner immer an einzelnen, von einander getrennt stehenden Hautstellen als isolirte Epidermishügelchen beginnt, welche durch periphere Ausbreitung, Heilung im Centrum, Confluenz der Efflorescenzen, die absonderlichsten, gegen das Normalniveau scharf abgesetzten Zeichnungen producirt — tritt die Pityr. rubra an der ganzen Haut auf einmal auf, ohne die soeben der Psoriasis attribuirten aus Kreissegmenten zusammengesetzten Linien (Gyri) zu bilden. Gewiss Momente, welche auch einem nur halbwegs normal gebildeten Beobachtungsvermögen nicht entgehen können.

Wenn ich nun in Folgendem die Krankheitsgeschichte zweier Fälle von Pityriasis rubra veröffentliche, so geschieht dies, um eben den Unterschied in der Verlaufsweise dieses Uebels von anderen zu documentiren, andererseits aber auch um zu zeigen, wie ähnlich wieder die pathologischen Processe sind, welche so different charakterisirte Krankheiten bedingen und endlich auch deren Resistenzfähigkeit gegen die angewandten Medicamente zu erproben.

Am 17. Juli 1872 trat Franz Vegiatto, 38 Jahre alt, Drechslergehilfe aus Wien gebürtig in die Klinik ein.

Er gibt an, dass sein Leiden schon in früher Kindheit begonnen habe; in seinem achten Lebensjahre soll er Variola gehabt haben,

nach der seine Haut auffallend sich in der Wärme röthete, in der Kälte dagegen blau wurde; seither ist sie nie ganz normal geworden, sondern war stets tiefer geröthet. Damals verursachte aber das Leiden nur sehr geringe Störung, die Bewegungen waren frei und auch das Jucken nicht bedeutend, so dass eine consequente ärztliche Behandlung nicht eingeleitet wurde, umsomehr als er sich stets wohl und kräftig fühlte. Die Mutter des Patienten ist in seinem fünften Lebensjahre an einem Brustleiden gestorben, sein Bruder mit 28 Jahren an „Wassersucht“. Der 63jährige Vater lebt noch und ist rüstig. Als er in seinem 15. Lebensjahre in die Lehre kam, erregte er die Aufmerksamkeit seiner Mitarbeiter durch sein Leiden, das sich im Verlaufe der Zeit nicht geändert hatte.

Mit 18 Jahren fing sein Schnurr- und Backenbart zu sprossen an, der wie die Behaarung an der Kopfhaut sehr starken Haarwuchs gezeigt haben soll. Seit 12 Jahren lebt er im Concubinate, dem ein nun 5 Jahre altes Kind entspross, das blond, gesund und gut genährt sein soll. Zur Zeit der Geburt des Kindes waren Kopf- und Barthaare noch vorhanden.

Nach und nach nur steigerte sich das Uebel, so dass Patient vor seinem Eintritt in das Krankenhaus schon zwei Jahre nicht mehr seiner Beschäftigung folgen konnte, da ihn die Spannung seiner Haut, welche ihm verkürzt erschien, an freier Bewegung der Extremitäten hinderte. Einige Monate vorher bemerkte er im Bade die erste Entwickelung von Schuppen, welche an den unteren Extremitäten begann, und nach 8 Monaten den ganzen Körper überzogen hatte. Nachdem diese ein halbes Jahr bestanden hatten, fielen Kopf- und Barthaare aus, denen auch bald die der Pubes folgten.

Am Tage seiner Aufnahme wurde folgender Status praesens notirt:

Die Haut des ganzen Körpers theils hell-, theils livid roth gefärbt, an einzelnen Partien geschwellt, straff gespannt, wie besonders an den Extremitäten, an anderen noch leicht in Falten aufhebbar. Die Epidermis überall stark desquamirend; an einzelnen Stellen ist sie abgängig, und da erscheint die Haut lebhafter geröthet, mit Schrunden besetzt. Hie und da ist die Oberhaut faltenartig runzlig, durch kreuz und quer ziehende Furchen felderartig gespalten. Namentlich sieht man dies am Stamme deutlich, wo ungeheure Massen von schildförmigen Schuppen im Abstossen begriffen sind. Im Gesichte aber sind die die Haut durchsetzenden Furchen am deutlichsten ausgeprägt.

In Folge des an den Wangen und Nasenöffnungen befindlichen Infiltrates ist an beiden unteren Lidern ziemlich bedeutendes Ektropium entstanden. An der ganzen Körperoberfläche ist die Zahl der normal dort sein sollenden Haare sehr verringert, das Gesicht und die Galea fast kahl.

An differenten Stellen der allgemeinen Decke mässige Menge kleiner Excoriationen, deren an den Unterschenkeln mehr und tiefere sich befinden.

Das Individuum sieht herabgekommen aus, ist mager, schwach, doch sind die Leibesfunctionen sowie Appetit und Schlaf normal.

Dieses Bild entspricht dem oben erwähnten Citate vollkommen, bis auf die eine Ausnahme, dass ausdrücklich bemerkt wird, dass Schrunden und Rhagaden inmitten der erkrankten Hautpartien sich befanden. Wenn man aber bedenkt, wie leicht solche bei einer verhältnissmässig zu stark gespannten Haut entstehen können, so wird man wohl nicht einen Augenblick anstehen, solche als ein nebensächliches, nicht in die Wagschale fallendes Moment anzuerkennen, nachdem die übrigen zu der Beschreibung der Pityriasis rubra passen.

Endlich ist ja auch der Verlauf ein solcher, wie er für dieselbe l. c. angegeben ist. Wir fanden nämlich in dem langen Zeitraume von $3^1/_2$ Jahren, den der Kranke auf der Klinik verlebte, niemals eine bedeutende Aenderung seines Zustandes.

Immer war die Röthe eine über die ganze Hautoberfläche gleichmässig verbreitete und nur die unteren Extremitäten zeigten mehr livide, blaurothe Färbung, insbesondere wenn Patient mehrere Stunden ausser Bett zugebracht hatte; immer war, wenn nicht Maceration der Epidermis eingeleitet worden war, die Haut mit zahlreichen, grossblätterigen Schuppen bedeckt, und nur wenn durch Waschungen die allgemeine Decke der Oberhaut entblösst wurde, trat etwas Nässen auf, das aber in kurzer Zeit wieder schwand.

Die einzige Veränderung, welche im Aeusseren des Kranken bemerkbar wurde, bestand darin, dass die früher mehr helle Röthe einer dunkleren, einer braunrothen Tinte Platz machte, ferner, dass die Röthe auf Fingerdruck weniger erblasste als früher, indem unter dem aufgehobenen Finger ein brauner Fleck zurückblieb. Es hatte sich eben aus der so lange bestandenen Hyperämie eine tiefe Pigmentirung entwickelt, wie solche nicht nur dieser Erkrankung eigenthümlich ist, sondern wie wir sie bei allen chronisch entzündlichen Processen an

der Haut wahrzunehmen Gelegenheit haben. Zudem setzte sich das Defluvium der Haare der ganzen Hautoberfläche fort, so dass Patient bald allgemeine totale Alopecie hatte, die auch bis an sein Ende verharrte.

Schon bald nach dem Eintritte in die Klinik litt Patient häufig an Husten, ohne dass eine ernstere Erkrankung als Katarrh in den Lungen physikalisch nachweisbar gewesen wäre.

Im März 1874 erkrankte er an einer heftigen rechtseitigen Pneumonie, an der er 4 Wochen laborirte, und die ein ziemlich weit ausgedehntes Infiltrat zurückliess, das besonders die unteren Partien erfüllte, so dass der gedämpfte Ton der Lunge ohne Unterschied in die Leberdämpfung überging.

Während dieser fieberhaften Erkrankung konnte eine bedeutende Besserung des Hautleidens constatirt werden. Die Röthe blasste merklich ab, die wenn auch nur geringen und stellenweise vorhandenen Infiltrate schwanden total und die Menge der Schuppen verringerte sich bedeutend. Bald aber nach beginnender Euphorie stellten sich die alten Erscheinungen wieder ein, und mit der vollkommenen Genesung war auch die Haut so roth, so schuppig und so straff gespannt wie früher.

Unter zweckmässiger Pflege vegetirte Vegiatto nun weiter. Er musste die meiste Zeit im Bett oder im Lehnstuhle verbringen, denn wegen der straffen Spannung der Haut seiner Kniekehlen und wegen des Schmerzes, den er an den Fusssohlen empfand, war er nicht im Stande, mehr als einige Schritte, und diese nur unterstützt, sich fortzubewegen. Nach und nach nahm auch der früher sehr gute Appetit ab, so dass Patient sichtlich abmagerte. Um so mehr zu wundern war es, dass als er im Juli 1875 wieder an einer heftigen Pneumonie erkrankte, welche sich über den grössten Theil der rechten Lunge und die Spitze der linken erstreckte, auch diese überstanden wurde. Seit dieser aber verschlimmerte sich der Allgemeinzustand stetig. An beiden Lungenspitzen waren gleichfalls, wie rechts unten, Infiltrate zurückgeblieben, und an der rechten liess sich bald nachher aus dem tympanitischen Percussionston eine Caverne diagnosticiren. Gleichzeitig waren auch profuse, kaum stillbare Diarrhöen als Zeichen von sich entwickelnder Darmtuberculose eingetreten. Der Kranke hustete beständig, warf zähes dunkelgraues Sputum aus und erlag einer neuen

Attaque von Pneumonie am 2. März 1876, nachdem er 1324 Tage in Beobachtung gestanden hatte.

Während genannter Zeit war Vegiatto das Object zahlreicher therapeutischer Versuche, die, wir können es gleich eingangs bemerken, alle fruchtlos geblieben sind.

Aeusserlich waren vor Allem erweichende Mittel angewandt worden. Jedes derselben wurde durch mehrere Monate fortgesetzt, so dass man sich sicherlich den Vorwurf von zu raschem Wechseln ersparen konnte, denn jeder Versuch dauerte wenigstens 100 Tage, wenn anders nicht schon früher eine Verschlimmerung des Uebels sich einstellte, und diese der Verwendung des betreffenden Mittels Einhalt gebot.

Mit Oleum jecoris Aselli wurde begonnen. Es rechtfertigte die Erwartungen nur in der Art, dass es die Haut etwas weicher machte, die Einrisse verheilen liess und dadurch die Beweglichkeit der Extremitäten besserte. Auf die Röthe, die Neuentwickelung von Schuppen und die Spannung hatte es keinen Einfluss.

Der 2. Versuch bestand in der Anwendung lange Zeit fortgesetzter Bäder, in welchen der Patient tagsüber verblieb und nur des Nachts im Bette schlief. Der Effect war, so lange er im Wasser war, dem des Leberthranes ähnlich; über Nacht aber, da die Haut trocken wurde, stellten sich die ursprünglichen Symptome wieder ein; die Schuppen liessen sich des Morgens in grosser Menge vom Leintuche abfegen. Trotzdem wurde diese Behandlung durch längere Zeit fortgesetzt, weil gleichzeitig ein Versuch mit Arsenik gemacht wurde, von dem wir später noch handeln werden, und der so rein als möglich durchgeführt werden musste, um über seine Wirkung bei gleichzeitiger Anwendung eines äusseren Mittels nicht getäuscht zu werden.

Zu einem 3. Experiment wurde Benzin verwendet. Doch schon nach 3 Wochen musste es ausgesetzt werden, da es für den Kranken unleidliche Symptome hervorrief. Die schon von Natur aus trockene Haut wurde noch trockener, die Spannung nahm zu, dadurch bildeten sich neuerdings Risse, die besonders im Ellbogenbug und in der Kniekehle schmerzhaft wurden und ihn zu completer Bettruhe verdammten. Unter diesen Umständen wäre es eine Grausamkeit gewesen, auf der Fortsetzung der Application des Benzins zu bestehen, um so mehr als nebstbei keinerlei günstige Veränderungen bemerkbar geworden sind.

Nun wurde 4. Kautschuk probirt. Aus weisser vulkanisirter Kautschukleinwand wurde ein Anzug bestehend aus Hose und Hemd verfertigt, welcher nach oben am Halse, an den Händen und Fusswurzeln möglichst gut anschloss, so dass der Schweiss nur in sehr geringer Quantität bei den gedachten Oeffnungen entweichen konnte. In diesem Costume befand sich der Kranke sehr wohl. Seine durch das Benzin steifen Gelenke wurden schon nach mehreren Stunden beweglich und nach einigen Tagen waren auch die Rhagaden wieder mit Epidermis überzogen. Darüber hinaus aber reichte die Wirkung auch nicht; weder die Röthe schwand, noch wurde die Schuppenbildung sistirt.

Einreibungen mit Präcipitatsalbe, Einhüllungen mit Unguentum Diachylon hatten denselben nur temporären Erfolg, daher ihrer nur kurze Erwähnung geschieht.

Innerlich wurde Patient einer Arsenikkur unterzogen, wie solche gewiss nicht oft bisher unternommen worden, und die schon aus dem Grunde Interesse beansprucht, weil sie zeigt, wie grosse Dosen des Giftes ungestraft verabreicht werden können. Gleich nach seinem Eintritte im Jahre 1872 wurde mit der Darreichung von asiatischen Pillen begonnen. Selbe enthielten $^1/_{10}$ Gran Acidum arsenicosum pro pilula, und begann Patient wie üblich mit 3 Pillen des Tags und stieg per Woche um eine Pille bis zu 12 de die, worauf er wieder auf die Anfangszahl fiel, und sodann diese 3 Pillen so lange fortnahm, bis er in toto 2000 Pillen, i. c. zweihundert Gran Arsenik verschluckt hatte. Ungefähr 2 Jahre später wurde derselbe Cyklus wiederholt, so dass also Patient im Ganzen 4000 Pillen mit vierhundert Gran Arsen zu sich nahm. Sein Allgemeinbefinden änderte sich während der ganzen Zeit nicht; Appetit, Schlaf, Stuhl blieben wie früher, aber auch die Pityriasis rubra änderte sich nicht, so dass man nach dieser erwähnten gewaltigen Dosis mit Sicherheit den Schluss auf vollkommene Nutzlosigkeit des Mittels gegen genanntes Hautübel ziehen darf.

Diese Erscheinung aber gibt gleichzeitig eine Handhabe ab für die weitere Differenzirung der Pityr. rubra, von Lichen ruber und Psoriasis, denn gegen den Lichen wirkt der Arsenik so günstig, dass wir durch ihn stets radicale Heilung der Knötchenflechte mit Sicherheit und bei der Psoriasis doch wenigstens ein Verschwinden der Erscheinungen an der allgemeinen Decke für einige Zeit herbeiführen können.

Am 3. März wurde die Section vorgenommen, welche folgenden Befund ergab:

Körper mittelgross, mässig kräftig gebaut, sehr schlecht genährt. Allgemeine Decke im Allgemeinen blassröthlich, an einzelnen Stellen u. z. in Form carminrother Flecke dunkler gefärbt — trocken, mit abschilfernder Epidermis bedeckt. — Kopfhaar sehr spärlich, grau. Kopfhaut ziemlich blass, von ihr grosse Lamellen von Hornschichte der Epidermis abziehbar. Augenbrauen und Cilien vollständig defect, ebenso keine Spur von Bart vorhanden. In der Haut des Gesichtes einzelne gelblichbraune Pigmentflecke. Eben solche Flecke auch an der Haut des ganzen Körpers. Hals lang, Brustkorb flach, in der unteren Apertur stark ausgeweitet. Unterleib stark ausgedehnt, fluctuirend, an der Vorderseite grünlich missfärbig. Am Mons Veneris keine Spur von Schamhaaren. In der Leistenbeuge einige solche.

Auf der Dorsalseite der linken Hand in der Gegend des Carpometacarpalgelenkes des Zeige- und Mittelfingers eine rundliche, etwa 3 Ctm. im Durchmesser grosse, über 1 Mm. dicke Borke, kleinere solche über den Knöcheln des Mittel- und Ringfingers. Die beiden Kniegelenke nicht vollständig streckbar. Die Haut der unteren Extremitäten mit massiger abschilfernder Epidermis bedeckt und gegen die Fossa poplitea angezogen. Nägel an den Fingern und Zehen wellig gebogen, dünn, weicher. Die Haut der Rückseite des Rumpfes ebenso beschaffen, wie die der Vorderseite, nur durch Hypostase dunkler gefärbt.

Weiche Schädeldecke blass, Schädeldach von gewöhnlicher Dicke. Harte Hirnhaut gespannt. In ihrem Sinus falciformis nebst flüssigem Blute lockeres Gerinnsel. An der inneren Oberfläche der Dura mater zwischen den beiden Stirnlappen von Hämorrhagien durchsetzte, neugebildete Bindegewebslamellen aufliegend. Innere Hirnhäute zart, mässig blutreich. Am Scheitelrande der Grosshirnhemisphären reichliche Pachionische Granulationen.

Das Gehirn mässig mit Blut versehen, feuchter, weicher. Seitenventrikel erweitert, das Ependym leicht verdickt. Im Innern klares Serum.

In der rechten Kleinhirnhemisphäre in der hinteren Spitze ein über haselnussgrosser käsiger derbanfühlbarer Knoten, von einer Zone erweichten Hirngewebes umgeben. In der rechten Hirnhemisphäre u. z. näher der oberen als der unteren Fläche gelagert, ein an der Oberfläche schon von aussen sichtbarer wallnussgrossser flacher Knoten. In der linken Hälfte der hinteren Schädelgrube etwa $1^1/_2$ Cent. vom Foramen

lacero-posterius eine erbsengrosse Vertiefung, mit Dura mater ausgekleidet, in die Substanz des Hinterhaupttheiles ragend. — In diese Grube reicht ein an Grösse adäquater zapfenförmiger Fortsatz der Rindensubstanz hinein, der makroskopisch fast ganz aus normaler Hirnsubstanz zu bestehen scheint. In der Luftröhre, deren Schleimhaut blass ist, spärlicher Schleim. Schilddrüse klein.

Die linke Lunge an zahlreichen Stellen, die rechte in der ganzen Ausdehnung mit der Thoraxwand verwachsen. Beide Lungen gedunsen in den vorderen Antheilen, in den hinteren Partien durch vermehrten Blutgehalt dichter, leicht ödematös. In beiden Lungenspitzen, mehr in der rechten als in der linken, derbe schwärzlich pigmentirte Schwielen mit davon eingeschlossenen meist stecknadelkopfgrossen Knötchen. Solche conglomerirt zu Gruppen, aber in nur spärlicher Menge in den übrigen Abschnitten der Lunge.

Im Herzbeutel wenig klares Serum. Das Herz wenig contrahirt. In seinen Höhlen locker geronnenes Blut. Herzfleisch bleich. — Im Bauchraume bei 4 Liter stark getrübten Serums. Peritonäum stellenweise injicirt, mit ziemlich grossen Ekchymosen bezeichnet. Auf ihm Lagen fibrinösen Exsudates, zahlreiche miliare Knötchen von gelblichgrauer Färbung. — Leber gross, blass, fetthältig, brüchig. In der Gallenblase dunkelfärbige Galle. Die Milz angewachsen, ihre Kapsel verdickt, Parenchym derselben gelockert. Im Magen nebst etwas Gas zäher, weisslich gelblicher Schleim. Die Schleimhaut schwärzlich pigmentirt, gewulstet.

Im Dünn- und Dickdarm höchst übelriechende chymöse und fäculente Massen. Im Dünndarm an mehreren Orten Stenosirung und ist derselbe mit zahlreichen tuberculösen Geschwüren bedeckt. Ebensolche auch allenthalben im Dickdarm vorhanden. Beide Nieren blass, klein. Im Innern derselben zahlreiche stecknadelkopfgrosse käsige Knötchen. In der Harnblase wenig klarer Harn.

Dieser Befund bestätigte die in vivo gemachte Diagnose der Lungen- und Darmtuberculose, überraschte jedoch sehr durch die Auffindung eines so grossen Tuberkels im Kleinhirn, nachdem während des Lebens nie irgendwelche Symptome von Seite des Gehirnes bemerkbar waren und der Kranke sich noch am Tage vor seinem Ende vollkommen geistesgegenwärtig erwies.

Für unsere in Rede stehende Hautkrankheit aber erschloss die Section nichts, was uns über den dyskrasischen Charakter des Uebels Aufschluss gegeben hätte.

Ich unternahm daher die mikroskopische Untersuchung von der Leiche entnommenen Hautstückchen, welche in Müller'scher Flüssigkeit gehärtet wurden.

Doch bevor ich das Resultat hier bekannt gebe, will ich noch eines zweiten vor Kurzem beobachteten Falles Erwähnung thun, der auch tödtlich verlief, und sodann das mikroskopische Bild beider unter Einem abhandeln.

Am 23. März 1876 wurde Johann Kopfmüller, 53 Jahre alt, Bandmacher, in Wien gebürtig, auf die Klinik aufgenommen.

Er gibt an, von gesunden Eltern abzustammen, hat in seiner Kindheit eine Pleuro-Pneumonie überstanden und seither beständig an Husten gelitten. Von 5 Kindern, die er in seiner Ehe gezeugt, sind 2 an Scharlach gestorben, die 3 noch lebenden sollen gesund sein, besonders an keiner Hautkrankheit leiden.

Erst vor einem Jahre, sagt er, hat sein Leiden mit Röthe der Haut und Schuppenbildung im Gesichte begonnen und war von ziemlichem Jucken begleitet. In kurzer Zeit breitete es sich über das ganze Integument aus.

Am Tage seiner Aufnahme finden wir den Patienten äusserst mager und hinfällig. Die Haut seiner Wangen tief eingefallen, die Musculatur der Extremitäten schwach entwickelt, das Muskelfleisch matsch; mässiges Fieber, erhöhte Temperatur. P. 104, T. 38·3. Häufiger, trockener Husten. Die ganze Haut ist mit einer grossen Menge von Schuppen bedeckt; die Röthe, mit Ausnahme der sogleich zu erwähnenden Stellen, eine ziemlich helle. Dunkel geröthet erscheinen die behaarte Kopfhaut, das Gesicht, die Hände und Füsse, die Gegend der Ellbogen und Knie, der Rücken, besonders in der Gegend des Kreuzbeins und die Seitentheile des Thorax, weniger der Bauch.

Die Flachhände und Plattfüsse sind mit einer grösseren Menge verdickter schwielenartiger Epidermis, welche ziemlich fest anhaftet, bedeckt.

Das Kopfhaar, das bis vor einem Jahre noch reichlich vorhanden gewesen sein soll, ist schütter, grau melirt, leicht ausfallend. Der Bart zum grössten Theile geschwunden; an der Oberlippe und am

Kinn ist nur noch ein leichter Flaum bemerkbar. Die Behaarung des übrigen Körpers äusserst gering, am Mons Veneris nur wenige dünne Härchen vorfindlich.

Die Untersuchung der inneren Organe ergab:

An beiden Lungenspitzen gedämpften Percussionstòn, der links bis an den Oberrand der 4. Rippe reicht, rechts etwas früher aufhört. Grossblasige Rasselgeräusche über grosse Theile beider Lungen; Exspirium an den Spitzen deutlich hörbar.

Wegen des fortdauernden Fiebers und der Steigerung der Lungenaffection konnte Patient einer eingreifenden Kur nicht unterzogen werden, sondern wurde nur zur Erweichung seiner Oberhaut mit Leberthran eingerieben, der ihm eine angenehme Empfindung verursachte. Nach Wochen musste aber wegen Kältegefühles auch dieser ausgesetzt werden. Es wurde kein neues Mittel mehr versucht. Die abendlichen Fieberexacerbationen steigerten sich, heftige nächtliche Schweisse traten auf und am 25. April trat der Tod ein.

Sectionsbefund: Der Körper unter Mittelgrösse, wenig kräftig gebaut, sehr schlecht genährt, leicht schmutzig gelblich gefärbt. Auf der Rückseite mit Ausnahme der gedrückten Stellen durch Todtenflecken dunkler gefärbt. Die Haut des ganzen Körpers auffallend dünn, leicht faltbar, fast gar kein subcutanes Fett vorhanden. Die Epidermis allenthalben, besonders die des Kopfes und des Halses abschilfernd. Das Corium selbst am Halse und im Gesichte geröthet, Kopf- und Barthaar spärlich, ebenso das der Augenbrauen grau gefärbt. Die Cilien ganz fehlend. Die Pupillen enge, gleich. Hals dünn, Brustkorb flach. Unterleib wenig gespannt. Die Schamgegend nur mit wenig Haaren versehen. Die Extremitäten in ihren kleineren Gelenken todtenstarr. Die Nägel etwas weicher als gewöhnlich.

Weiche Schädeldecken ganz blass, das Schädeldach dünnwandig, stellenweise durchscheinend, geräumig. Die harte Hirnhaut wenig gespannt, die inneren Hirnhäute gleich dem weicheren Gehirne sehr feucht. In der Luftröhre reichlicher zäher Schleim. Schilddrüse klein. Die linke Lunge fast in ihrem ganzen Umfange sehr innig angewachsen. Ebenso die rechte, beide substanzarm, leicht ödematös, an ihrem unteren Rande blutreich. In beiden Spitzen, in der l. aber bedeutend mehr, als in der r. schwärzlich pigmentirte Schwielen, in die zahlreiche verkäste und verkalkte bis klein erbsengrosse Knötchen eingeschlossen sind. Daselbst die Bronchien leicht cylindrisch ektasirt.

Im Herzbeutel wenige Gramme klaren Serums. Das Herz klein, auf dem Pericard. viscerale besonders über dem r. Ventrikel mit ausgebreiteten sehnenfleckigen Verdickungen bezeichnet. In den Herzhöhlen spärliches flüssiges und geronnenes Blut. Die Valvula mitralis am freien Rande leicht verdickt. Ebenso das Endocardium ihrer Sehnenfäden und das über den Spitzen ihrer Papillarmuskeln. Das Herzfleisch stark erbleicht. In der Bauchhöhle im Ganzen etwa $^1/_2$ Liter Serums. Die Leber klein, leicht granulirt, fetthältig. In ihrer Blase spärlich dunkelbraune Galle. Milz sehr klein, ihr geschrumpftes Parenchym in eine verdickte Kapsel gehüllt. — Magen und Darm wenig ausgedehnt. In ersterem zäher festhaftender Schleim, seine Schleimhaut gewulstet, stark geröthet. Im Dünn- und Dickdarm dickbreiige chymöse und fäculente Stoffe. Auf der Schleimhaut des Cöcums und Colon ascendens mehrere geschwürige Substanzverluste, die derbe infiltrirte Ränder besitzen, in denen einzelne käsige Knötchen sich befinden. — Beide Nieren etwas gelockert, in ihrer Rinde einzelne bis haselnussgrosse Cysten. Harnblase zusammengezogen.

Chronische Tuberculose beider Lungenspitzen, tuberculöse Geschwüre des Dickdarmes, Fettleber, hochgradiger allgemeiner Marasmus.

Die von beiden Leichen entnommenen Hautstücke wurden, nachdem sie in Müller'scher Flüssigkeit gehärtet worden waren, zwischen Speckleber geschnitten, in Aqu. dest. ausgewaschen und entweder gleich auf 24 Stunden in eine schwache Lösung von carminsaurem Ammoniak gelegt oder früher schon in absolutem Alkohol entwässert und in eine alkoholische Hämatoxylinlösung gethan, in der sie nur 15 Minuten zu verbarren brauchten. In beiden Fällen wurden sodann die Präparate in Aqu. dest. ausgewaschen, wieder in Alkohol absol. entwässert und nach Behandlung mit Oleum caryophyllorum der Beobachtung unterzogen.

In beiden Fällen war das Bild einer chronisch entzündlichen Infiltration der Haut vorhanden; höher entwickelt bei Vegiatto (Taf. V. Fig. 4, 5, 6). Es zeigte sich eine reichliche Zellenwucherung in allen Schichten bis in das subcutane Gewebe, ja bis auf den Panniculus hinab (Fig. 6). Die Zellen erfüllten alle Gewebe in reichlichem Masse; gleich unter der Epidermis waren sie aber am zahlreichsten zu finden; sie waren besonders an den mit Häma-

toxylin gefärbten Präparaten deutlich, wo eine grosse Menge kleiner Kernchen in ihrem Inneren sichtbar wurde.

Während nun bei den von der Leiche des Kopfmüller herstammenden Präparaten (Taf. V. Fig. 1, 2, 3) noch die ganze Structur der Haut mit den in ihr liegenden Organen vorhanden war, fand sich bei Vegiatto's Hautschnitten von alledem Nichts vor. Gleich unter der ziemlich dicken Epidermidallage folgte (Fig. 4 u. 5) eine dünne, mit Infiltrationszellen reichlich angefüllte Schichte von meist verkümmerten Retezellen, denen eine flache dicke Bindegewebsschichte folgte, gleichfalls, aber etwas weniger von Zellen durchsetzt, und unter diesem Bindegewebe lag eine die vorigen 3 Schichten zusammen oft um das Doppelte überragende Schichte von starken elastischen Elementen, die sich in vielfachen Windungen durcheinander schlängelnd, ein breites Netzwerk formirten. In diesen Partien war die Infiltration viel geringer, dagegen zeigte sich hier eine reichliche Production eines gelbbraunen körnigen Pigmentes, das meist in kleinen Körnern die Maschen ausfüllte, oft aber zu grossen Schollen sich entwickelt hatte, welche sodann ganz dunkelbraun aussahen. An einzelnen Präparaten fand sich aber diese Pigmentanhäufung schon vom Rete Malpighii an, so dass dann ein solcher Schnitt, der an anderen Stellen ganz dünn und durchscheinend war, an den erwähnten Localitäten fast gar kein Licht durchliess. Vom Papillarkörper waren an den meisten Schnitten nicht einmal Spuren vorhanden, sondern die einzelnen Schichten folgten aufeinander in ganz geraden oder nur schwach welligen Linien. Hie und da liess sich eine Erhöhung der Epidermis und Verdickung des Rete wahrnehmen, ohne jedoch die charakteristische Structur einer Hautpapille zu besitzen.

Die im subepidermidalen Zellgewebe verlaufenden Gefässe waren vom Zelleninfiltrate reichlich umgeben und verliefen stets horizontal ohne irgend welche Bildung von Gefässschlingen.

Niemals konnte eine Schweissdrüse und unter allen Präparaten konnte nur an einem einzigen eine Talgdrüse aufgefunden werden, was eine Erklärung für die auffallende Trockenheit der Haut während des Lebens abgibt. Denn die sonst bei Tuberculösen vorkommenden bedeutenden nächtlichen Schweisse fehlten bei Vegiatto ganz. Nur an einer einzigen Stelle konnte ich noch ein Haar finden. Die schief getroffene Haarpapille zeigte in ihrer äusseren

Schichte an der einen Seite noch die Zellen des Malpighischen Stratums gut erhalten, erst von da an sind die normalen Zellen verändert, durch Infiltrationszellen ersetzt.

Der Allgemeineindruck dieser Hautschnitte war der einer mit Epidermis überzogenen Narbe.

In mancher Richtung verschieden war der mikroskopische Befund der Haut des zweiten Kranken (Fig. 1 u. 2). Zwar war auch hier ein bedeutendes Zelleninfiltrat vorhanden, das in seinen einzelnen Bildern ganz dem erstbeschriebenen glich; hier war aber sonst noch keine secundäre Erscheinung aufgetreten. Die Schleimschichte war von normaler Dicke und liess ihre Zellen, nebst den Infiltrationszellen, noch deutlich wahrnehmen. Der Papillarkörper war intact, deutlich die zwischen den einzelnen Papillen befindlichen Trabekel tragend. Die Blutgefässe liefen in Schlingen in und aus der Papille und zahlreiche Schweissdrüsen bedeckten in mannigfachen Windungen das Gesichtsfeld. Auch Haare mit in den Haarsack einmündenden Schweissdrüsen - Ausführungsgängen liessen sich, wenn auch nicht gerade an jedem Präparate beobachten. Dagegen fehlte die Pigmentanhäufung und die Production von elastischen Fasern. An diesen Schnitten liess sich die Entwickelung der Zellen um die Gefässe und Drüsen sehr gut studiren. Jedes Blutgefäss war von einer 2—3fachen Lage derselben umgeben und besonders die Schweissdrüsen waren mit ihnen meist ganz angefüllt (Fig. 3).

Aus diesen Untersuchungen ergibt sich also, dass bei langem Bestande der Pityriasis rubra die Haut ihre normale Structur vollkommen verändert, atrophisch wird. Wie dies aber zu Stande kommt, insbesonders wieso sich die grosse Menge elastischer Fasern, die doch normaler Weise nur in geringer Quantität in der allgemeinen Decke vorhanden sind, entwickelt, lässt sich vorläufig aus dem geringen mir zur Untersuchung zu Gebote gestandenen Materiale noch nicht erschliessen.

Bei anderen, mit chronischer Entzündung einhergehenden Dermatosen findet man eine der beschriebenen sehr ähnliche Zelleninfiltration, die sich gleichfalls meist um die Gefässe und Drüsen concentrirt. Nirgends aber ist bis jetzt ein solcher Schwund des Papillenkörpers und des Drüsenapparates in so grosser Ausdehnung zur Beobachtung gekommen, wie in dem vorliegenden Falle, und ist also für die makroskopischen, klinischen Unterschiede

zwischen den eingangs erwähnten Hautkrankheiten und der in Rede stehenden auch mikroskopisch ein Analogon zu constatiren.

Kurze Zeit nach Vollendung vorstehenden Aufsatzes gelangte ein Fall an der Klinik zur Aufnahme, der für unseren Zweck um so werthvoller war, als er uns Gelegenheit bot, die Entwickelung des in Rede stehenden Leidens vom Uranfange an studiren zu können und der damit die Richtigkeit vorstehender Erörterungen nur noch neuerdings documentirt.

Der Fall betraf eine 64 Jahre alte Frau, ziemlich gebrechlich und gebeugt, mit einer dunkel gefärbten runzeligen Haut. Sie suchte Hilfe wegen eines den Hinterkopf einnehmenden impetiginösen Ekzemes, bei dem die Borken die Haare zu einer festen Masse zusammengeballt hatten. Mit Ausnahme der Ohren, an deren Rückfläche Risse und nässende Stellen vorfindlich waren, war die ganze übrige Haut vollkommen normal und trug nur die schon oben erwähnte tiefere Pigmentirung, wie sie im Greisenalter nicht zu den Seltenheiten gehört.

Unter der gewöhnlichen macerirenden Behandlung begann das Ekzem an der Galea zu weichen, als eines Tages die alte Frau über Unwohlsein klagte. Sie hatte wirklich etwas Fieber, vermehrte Hautwärme und Schlaflosigkeit. 2 Tage nach Auftreten dieser Symptome sahen wir die ganze allgemeine Decke mit einer ziemlich intensiven Röthe bedeckt, bei Fortdauer des Fiebers und Appetitlosigkeit. Die Haut sah aus wie bei einem Erythema urticatum, oder wie bei einem Erythem, das als Vorläufer einer Variola auftritt, oder wie bei Akrodynie, nur trockener und spröder. Bei exspectativem Verfahren erwarteten wir täglich die Besserung des Zustandes, doch sie blieb aus und statt dessen sahen wir uns nach einer Woche in die Lage versetzt, unsere Täuschung eingestehen zu müssen und konnten constatiren, dass wir das Auftreten einer Pityriasis rubra beobachtet hatten, ein Zufall, wie er wohl selten einem begegnet und der unsere Aufmerksamkeit nur noch mehr weckte.

Die Anfangs mit der Röthung gleichzeitig aufgetretene geringe Schwellung der Haut hatte bald nachgelassen, während jene stets an Intensität zunahm. Gleichzeitig entwickelte sich eine

Menge kleiner weisser Schuppen, die an der Unterlage fest anhafteten. Ohne irgend welche erwähnenswerthe Veränderung blieb nun der Zustand während fast zweier Monate, in denen die Kranke an der Klinik verblieb, stets derselbe. Trotz angewandter, erweichender Salben und Oele, trotz Einreibungen von Theerpräparaten, trotz Anwendung von Bädern, stellte sich keine Aenderung in der Beschaffenheit der Decke ein, sie blieb gleichmässig roth und abschuppend. Aus Ungeduld, ihr Leiden nicht schwinden zu sehen, verliess die Kranke die Anstalt zu einer Zeit, da ihr Ekzem an der behaarten Kopfhaut schon lange vollkommen geheilt war.

Erklärung der Abbildungen.

Taf. V.

Fig. 1, 2, 3. Abbildungen in Bezug auf den 2. Fall (Kopfmüller).
Fig. 4, 5, 6. Abbildungen in Bezug auf den 1. Fall (Vegiatto).

Fig. 1. Entzündlich infiltrirte Cutis.

Fig. 2. Quergeschnittene Blutgefässe mit reichlicher Zellenproliferation in der Wandung (Hartnack Obj. 9 à l'immersion).

Fig. 3. Schweissdrüse.

Fig. 4 u. 5. Narbig atrophische Haut mit vielem Pigmente (bei a).

Fig. 6. Entzündlich infiltrirter Panniculus adiposus.

Sechs Fälle, bei denen mit sogenannter latenter Syphilis behaftete Väter gesunde und gesundbleibende Kinder zeugten, nachher aber ohne neue Ansteckung wieder von Syphilissymptomen befallen wurden.

Von **Dr. J. Edmund Güntz** in Dresden.

Die Frage von der Heilbarkeit der Syphilis glaubte man dadurch bejahen zu dürfen, dass man die Entwickelung und das Gedeihen einer nicht mit Syphilis behafteten und ausserdem auch gesunden Nachkommenschaft eines früher an Syphilis erkrankt gewesenen Vaters zum Beweis anführte. Dem entgegen hielt man die Erfahrung, dass Väter, welche früher syphilitisch inficirt waren, abwechselnd syphilitische und nicht syphilitische Kinder zeugen können, so dass die Geburt eines nicht syphilitischen Kindes nicht den Beweis für die Heilung des syphilitischen Vaters gibt, da es möglich ist, dass einestheils später gezeugte Kinder syphilitische Symptome später zeigen und auch bei dem Vater später wieder Symptome ausbrechen. Dieses Abwechseln in der Zeugung syphilitischer und gesunder Nachkommenschaft eines syphilitisch inficirt gewesenen Erzeugers scheint mit der sogenannten Abkapselungstheorie des syphilitischen Giftes in den Drüsen, wonach man sich vorstellte, dass aus den Anhäufungsdepots des syphilitischen Giftes vor der stattgefundenen Zeugung syphilitisches Contagium in den Blutstrom übergeführt werde und mit der Erfahrung übereinzustimmen, dass wenn kurz vor der Zeugung bei dem Vater nachweislich eine antisyphilitische, mercurielle Behandlung stattgefunden hatte, angeblich nachher ein gesundes Kind erzielt worden war.

Diesen Einwänden ist wieder entgegenzuhalten, dass diese Theorie Virchow's nicht bewiesen ist. Anatomisch spricht Nichts für dieselbe, da die Lumina der Ausführungsgänge der Drüsen,

wenn sie nicht durch Exsudate von Entzündungsvorgängen comprimirt waren, offen gefunden wurden, so dass nicht ersichtlich ist, wie Syphilisprodukte in denselben zurückgehalten werden müssten und auch dann, wenn die Reproduction des syphilitischen Contagiums in der Substanz der Drüsen selbst ihren ausschliesslichen Keim und Herd hätte, immer ein fortwährender Austausch dieser syphilitischen Drüsensubstanz mit der Säftemasse stattfinden muss. In verschiedener Weise können gegen diese Abkapselungstheorie, namentlich wenn man sie mit der bisher üblichen Vorstellung über die sogenannte latente Syphilis, welche nur eine willkürliche Annahme ist, in Verbindung bringt, Einwendungen gemacht werden, da sich aus Sectionsbefunden nachweisen lässt, dass oft solche Fälle, welche man als sogenannte latente Syphilis auffasste, zu der Zeit, zu welcher man die Latenz angenommen hatte, syphilitische Vorgänge ihren ungestörten Verlauf genommen hatten. Wir bezeichnen herkömmlich mit latenter Syphilis behaftet solche Kranke, bei denen wir aus verschiedenen, triftigen Gründen eine Heilung noch nicht anzunehmen berechtigt sind, bei denen zur Zeit klinisch keine Zeichen der Syphilis erkannt werden, bei denen aber die noch nicht getilgte Seuche sich durch spätere Symptome erweist. Man kann aber eben so gut annehmen, dass die sogenannte latente und in entsprechender Weise auch die sich manifestirende Syphilis eine syphilitische Veränderung totius substantiae darstellt und dass der Körper nicht von syphilitischen Lymphdrüsendepots aus immer und immer wieder vom Neuen inficirt wird, sondern dass alle Systeme und Elemente des Körpers ohne Unterbrechung während der Dauer der Krankheit unter dem Einfluss der krankmachenden Ursache in stetiger Beziehung zum Stoffwechsel stehen. Den Drüsen selbst muss man hierbei eine wesentliche, jedoch nur bedingungsweise vermittelnde Rolle zutheilen, welche regulatorisch für die Blutbereitung und Blutmischung, zu keiner Zeit irgendwie beliebig unterbrochen gedacht werden darf.

Dass diese Annahme viel für sich hat, dies erkennen wir aus den Verhältnissen der hereditären Syphilis. Wir sahen nämlich dass von Vätern, welche scheinbar mehrjährig vollkommen gesund geblieben waren, syphilitische Kinder zu einer Zeit gezeugt werden, zu welcher nicht erst eine Beimischung jener die Syphilis fortpflanzenden Elemente aus den Drüsen kürzlich stattgefunden haben

konnte, da wir aus dem klinischen Befunde nirgend eine Unterlage zu dieser Annahme haben, sondern wo die syphilitischen Stoffe schon in den Samen bereitenden Flüssigkeiten und Membranen vorhanden gewesen sein mussten. Der Same nimmt seine charakteristische Beschaffenheit von der zuführenden Flüssigkeit und von der Beschaffenheit und Substanz der secernirenden Membran an. Dass aber Syphilis noch bestehen kann, ohne für unser klinisches Auge Symptome bieten zu müssen und dass zur Zeugung eines syphilitischen Kindes von Seiten eines syphilitisch inficirt gewesenen Vaters durchaus nicht wahrnehmbare Symptome der Syphilis bei dem Vater nothwendig sind, so dass man genöthigt wäre, nach der bisher üblichen Vorstellung anzunehmen, zur Zeit der Zeugung wäre die Syphilis bei dem Vater in solchem Falle erst aus der Latenz getreten, beweisen die Fälle, wo eine notorisch gesunde und gesund bleibende Frau mit einem früher inficirt gewesenen, von Syphilissymptomen Jahre lang freien Manne deutlich syphilitische Kinder gezeugt hat.

Obwohl die Syphilis symptomlos, wie man sich ausdrückt, „latent" ist, so ist dieselbe doch nicht latent, die symptomlose Syphilis besteht fort, sei es in unverändertem Grade, oder in sich allmälig abschwächender Weise; ihr einziges Symptom für den Erzeuger ist in diesem Falle eben die syphilitische Nachkommenschaft. Dass die Syphilisprodukte in der Säftemasse, welche in steter Wechselbeziehung zur organisirten Substanz des Organismus sich befindet, in solchen Erkrankungsfällen bei dem Erzeuger vorhanden gewesen und nur auf ihn und nicht auf die Mutter zu beziehen sind, und sich auch nicht für uns durch Symptome zu erkennen geben müssen, dies erkennen wir daraus, dass ein nunmehr antisyphilitisch behandelter Vater nach der Kur unter Umständen gesunde Nachkommenschaft erzeugen kann, anderntheils daraus, dass dieselbe Frau, welche von einem mit sogenannter latenter Syphilis behafteten Manne syphilitische Kinder empfing, für den Fall, dass sie selbst vor der Zeugung gesund geblieben ist, mit einem anderen, nicht syphilitischen Manne alsbald gesunde Kinder zu zeugen im Stande ist. Solche Beispiele sind bekannt.

Ausserdem kann man sich auch noch aus klinischen und anatomischen Verhältnissen urtheilend denken, dass nebenbei auch die Einwirkung der schon bestehenden Syphilis auf den Körper

(für den jeweiligen Beobachter entweder unsichtbar aber nicht „latent" oder zur Erscheinung gebracht) durch Resorption einzelner syphilitischer Produkte, wenn gleichzeitig mercurielle Medicamente nicht angewendet wurden, zeitweilig und kurze Zeit später sich wieder durch Symptome zu erkennen gibt. Dass solche in den Kreislauf des Blutes und der Säftemasse aufgenommene Resorptionsprodukte sich thatsächlich in denselben finden, sehen wir nach Hungerkuren und nach intercurrirenden, acuten, fieberhaften Erkrankungen, wobei die Symptome der Syphilis schwinden aber bei Nahrungszufuhr und nach Beseitigung des Fiebers wieder erscheinen und sich später selbst auch als fieberhafte syphilitische Recidive an neuen Stellen des Körpers unter der Form irgend eines Hautausschlages oder sonst wie markiren, so dass man unter Umständen diese Resorptionsprodukte als Fieber erregende Substanzen betrachten möchte. Dass eine solche Zumischung krankhafter, abnormer Produkte zu dem Säftestrom, welche selbstverständlich nicht als eine mechanische gedacht werden darf, nicht eine von mir willkürlich aufgestellte Hypothese ist, sehen wir auch deutlich bei anderen nicht syphilitischen, krankhaften Vorgängen z. B. bei der Fettembolie mit ihren tödtlichen Ausgängen, wo wir allerdings auch mechanisch beigemischte Fetttröpfchen sehen; aber auch bei den Schrumpfungsprocessen syphilitischer Neubildungen z. B. in der Leber u. s. w. Jene bekannten gelblich gefärbten Herde syphilitischer Neubildungen in der Leber gehen, wenn sie sich in atrophische Processe umwandeln, central theilweise die fettige Metamorphose ein, später sieht man die central narbenartig eingezogenen Stellen, ein Theil ihrer früheren Substanz ist in veränderter Form in den Säftestrom hineingezogen, d. h. resorbirt worden.

Wir sehen aber auch, wenn man vieljährig die Leidensgeschichten der Familien persönlich und archivarisch verfolgt, dass im Verlaufe der Syphilis des Vaters eine successive Abschwächung seiner Krankheit deutlich wahrnehmbar ist, welche sich bei vielen Vätern durch Symptomlosigkeit ihrer Krankheit oder durch Abnahme und successives Schwinden der Symptome, sowie durch die lange Kette genau beobachteter Nachkommenschaft mit später allmälig abnehmender Krankheit, von welcher die zuletzt geborenen Kinder endlich verschont bleiben, zu erkennen gibt.

Es ist genügend durch Beispiele erläutert, wie in solchen Familien, wo nur der Vater syphilitisch gewesen, in welchen zufällig eine grosse Zahl Kinder gezeugt worden war, die ersten Kinder nicht ausgetragen wurden, todt und syphilitisch zur Welt kamen, dass die nächsten Kinder lebend, aber syphilitisch, noch spätere Kinder lebend und scheinbar gesund, aber mit später sich documentirenden Zeichen der Syphilis geboren wurden und endlich, dass bei jedem später gezeugten Kinde der Termin immer weiter hinausrückte, bis zu welchem Syphilis zur Erscheinung kam, bis zuletzt gesunde, kräftige und gesund bleibende Kinder gezeugt wurden, aus welchen man einen Schluss zu Gunsten der Heilung der Krankheit des Erzeugers zu ziehen sich für berechtigt hielt.

Man hat jedoch ebenso gut das Recht, aus dem Umstande eines scheinbar gesunden und gesund bleibenden Kindes die absolute, unbedingte Heilung der Syphilis des Erzeugers nicht für erwiesen zu erachten, da über dem Kinde immerhin das Damoklesschwert einer sogenannten tardiven Syphilisform und über dem Vater die Möglichkeit eines Recidivs schwebt, während es uns an exacten Kriterien zur Beurtheilung einer endlichen Heilung der Krankheit fehlt. Immerhin aber ist die wiederholte Geburt gesunder und gesund bleibender Kinder bei jedem Mangel an irgend einem Syphilissymptome des Erzeugers eine starke Stütze für die muthmassliche Heilung des Vaters. Gewisse sogenannte tertiäre Symptome können bekanntlich nach einer grossen Reihe von Jahren unter Umständen bestehen, bei denen die directe oder erbliche Uebertragbarkeit der Seuche erloschen erscheint. Die Angabe, dass in einer Reihe von Kindern syphilitischer Eltern gesunde und syphilitische Kinder abwechseln sollen, hat für uns keine Bedeutung, weil die Angaben hierüber in der Literatur so unsicher sind, dass sie nicht streng verwerthet werden dürfen. Ueber die späteren Schicksale jener angeblich zwischendurch gesund geborenen Kinder ist Nichts oder Unzuverlässiges bekannt, und es ist immer die Annahme vielmehr berechtigt, dass später bei ihnen noch Syphilissymptome aufgetreten sein könnten, und dass das angeblich gesunde Kind mit Rücksicht auf die Art seiner später zur Erscheinung kommenden Symptome in jene Reihe seiner syphilitischen Geschwister mit successiv abnehmender Syphilis hätte einrangirt werden können. Wir müssen immer an jenen verbürgten Beobachtungen festhalten, wonach bei

einer Reihe von Kindern eines syphilitischen Vaters bei der späteren Nachkommenschaft im Gegensatz zu den zuerst geborenen Kindern die Syphilis sich allmälig abschwächt. Ferner ist bei jenen Angaben von angeblich abwechselnd gesund und syphilitisch geborenen Kindern auch die syphilitische Erkrankung der Mutter, deren hohe Bedeutung wir jedoch keineswegs unterschätzen, in die Betrachtung mit hineingezogen, wodurch aber verschiedene Unklarheiten in die Schlussfolgerung gebracht worden sind. Wir beschäftigen uns hier zunächst mit dem Falle, wo sich ein früher syphilitischer Vater mit einem erwiesen gesunden, nie an Syphilis erkrankten Weibe verheirathete und zuverlässig gesunde und gesund bleibende Kinder zeugte und wo dieser Erzeuger später wieder von Symptomen befallen wurde, ein deutlicher Beweis dafür, dass die Syphilis bei ihm noch keineswegs erloschen war. Ich habe in dieser Beziehung einige Fälle beobachtet und ich messe denselben eine gewisse Bedeutung bei, insofern sie Jahre lang unter meiner Beobachtung sich befanden und über die Richtigkeit der Angaben der Kranken kein Zweifel sein kann und ich die einzelnen Familienglieder meist genau kenne, wiederholt untersucht und zum Theil noch vor Augen habe.

I. Fall. Ein Arzt, kräftig genährt, 44 Jahre alt, verheirathet, Vater eines 14 Jahre alten, kräftigen, gesunden Sohnes kam in meine Behandlung mit einem kürzlich erworbenen, indurirten Schanker und Syphiliserscheinungen, Drüsenanschwellung der Leisten, Roseola, Plaques an den Mandeln u. s. w. Die Gattin des Patienten war zu dieser Zeit gestorben. Obwohl schon nach 6monatlicher Behandlung alle Symptome der Syphilis nach einer während dieser Zeit angewendeten Einreibungskur von 25 Einreibungen à 4,0 grauer Salbe und späterem Verabreichen von Jodkali und Dampfbädern getilgt waren und bis zum Zeitpunkt der beabsichtigten Wiederverheirathung getilgt blieben, so lehnte ich doch die Verantwortung zum ärztlichen Consens dieser Ehe ab und mahnte noch zur Vorsicht. Indessen 15 Monate nach erfolgter Infection fand die Wiederverheirathung statt und 9 Monate später wurde die Gattin von einem ausgetragenen, kräftigen Kinde entbunden. Die Frau war gesund, kräftig und blühend vor und nach der Geburt; Milch war reichlich vorhanden; aus Bequemlichkeit unterblieb aber das Stillen. Das Kind wurde mit Kuhmilch aufgezogen, war nie

krank, gedieh vorzüglich, lernte mit 1 Jahre das Laufen, ist jetzt $1^3/_4$ Jahre alt und zeichnet sich durch seine besonders kräftige Entwickelung und durch sein blühendes Aussehen aus.

Nicht das geringste Symptom von Syphilis hat sich jemals gezeigt, die Haut war stets rein, ohne irgend ein Exanthem, blutreich und nicht im mindesten bleich. Das Kind wurde im Alter von 6 Monaten geimpft und wegen seines blühenden Aussehens zum Abimpfen für viele Kinder begehrt und mit günstigem Erfolge für viele Kinder vom Vater benutzt. Zu dieser Zeit, also gerade 30 Monate nach erfolgter Ansteckung des Vaters stellte letzterer sich mit einer Anschwellung des linken Hodens vor, welche innerhalb mehrerer Monate entstanden sein sollte. Der früher stets normal erscheinende Hode zeigte bei der Untersuchung durch mich eine Vergrösserung um das Dreifache, er war höckerig und hart knorpelartig, ähnlich wie bei Osteosarkom anzufühlen und anzusehen, bei Druck nicht schmerzhaft. Die Haut des Scrotums war nicht geröthet. Spontane Schmerzen waren nicht vorhanden, ab und zu nur leichtes Ziehen im Samenstrang, sowie das Gefühl der Schwere bemerklich. Orchitis oder sonst eine Erkrankung des Hodens waren früher nie vorhanden gewesen. Das Aussehen des Kranken war blass und etwas angegriffen. Im Hals einige geröthete, infiltrirte Stellen, welche jedoch nicht mit Bestimmtheit als syphilitische Plaques hätten gedeutet werden können. Jodkalium 8,0 auf 500,0 Wasser wurde innerhalb 4 Wochen innerlich gebraucht und ausserdem eine Jodsalbe auf den Hoden örtlich eingerieben, während welcher Behandlung die Anschwellung zusehends abnahm, so dass der Hode nach 6 Wochen fast sein normales Volumen erreicht hatte und jetzt ein Jahr später kaum merklich grösser als normal ist. Syphiliserscheinungen sind nicht wieder beobachtet worden. Die Frau ist gesund und gesund geblieben.

II. Fall. Ein Privatgelehrter, 32 Jahre alt, sehr kräftig und robust gebaut und ernährt, war vor ungefähr 8 Jahren an indurirtem Geschwür mit deutlichen Syphiliserscheinungen, Drüsenanschwellungen, Roseola, Plaques an den Mandeln und acutem Ausfallen der Kopfhaare erkrankt und war mit Protojod. hydrarg. innerlich behandelt worden. Ich habe den Kranken im Verlauf der Jahre oft gesehen und genau beobachtet und berathen; 6 Jahre nach erfolgter Infection waren alle Erscheinungen der Krankheit geschwunden, es waren selbst 2 Jahre später keine Symptome wieder bemerkt worden, so dass der Patient

glaubte, ohne Gefahr heirathen zu dürfen. Ich veranlasste noch die Consultation eines anderen Arztes, welcher unbedenklich die Heirath gestattete. Ein Jahr nach der Verheirathung, kurz nach der Zeit, zu welcher seine Frau geschwängert worden war, klagte er an den Mundwinkeln und inneren Lippenrändern über nicht unbedeutende, über bohnengrosse, tuberculöse, theils im Zerfall begriffene, geschwürige Wucherungen mit deutlich syphilitischem Charakter; gleichzeitig war an mehreren Fingerspitzen jene charakteristische Form der Hautverdickung und daneben Abschilferung mit scharf umschriebenen, nach den Fingerspitzen zu wie scharf abgeschnitten von der verdünnten, unreifen Haut sich absetzenden Stellen deutlich bemerkbar; in der Vola manus einzelne verdickte Stellen und deutliche Psoriasisflecke. Weitere syphilitische Erscheinungen waren nicht zu bemerken. Eine Kur wurde beabsichtigt, unterblieb aber zur Zeit aus Unschlüssigkeit. Nach $7^1/_2$ Monaten kam die Frau mit einem 5 bis 6 Wochen zu früh geborenen Kinde nieder. Das Kind war frei von jedem Zeicheu der Syphilis, wurde durch eine Amme gestillt, entwickelte sich in auffälliger Weise kräftig, blieb frei von jeder Hautaffection, ist bis jetzt fast nie in irgend einer Weise erkrankt gewesen, wurde ohne Nachtheil geimpft, lernte mit 15 Monaten laufen, ist jetzt 4 Jahre 9 Monate alt und hat niemals irgend ein der Syphilis verdächtiges Zeichen bemerken lassen. Die Hautfarbe des Kindes ist zwar etwas weiss, jedoch kann man dieses wohlgebildete, körperlich und geistig besonders gut entwickelte Kind, dem man nicht ansieht, dass es zu zeitig geboren war, als durchaus gesund und kräftig bezeichnen.

Zur Zeit der Geburt des Kindes hatten sich bei dem Vater die beschriebenen Erscheinungen der Syphilis weiter entwickelt. Eine leichte mercurielle Kur und Emplastr. mercuriale örtlich angewendet, beseitigten die Symptome und der Patient ist seit 18 Monaten von jedem Symptom der Krankheit verschont geblieben. Die Frau ist seit der Entbindung sehr herabgekommen, leidet an heftigen, erschöpfenden Menstruationsblutungen, ist aber vollkommen frei von Syphilis.

III. Fall. Ein Kaufmann und Landwehrofficier, 34 Jahre alt, hatte sich vor angeblich $6^1/_2$ Jahren mit Syphilis inficirt und heirathete 2 Jahre nach der Ansteckung. Das erste Kind wurde nach mir vorgelegenem Berichte eines Physikus als deutlich syphilitisch beschrieben und erkannt, starb alsbald. Das zweite Kind, ein Jahr später, über 2 Jahre nach eingegangener Ehe und Anfang des fünften Jahres nach

erfolgter Ansteckung des Vaters geboren, war gut entwickelt und wurde als nicht syphilitisch bezeichnet. Das Kind war, als ich dasselbe sah, $3^1/_2$ Jahre alt, war gut entwickelt, lief gut, sah zwar blass aus, indessen Syphilis konnte ich nicht constatiren. Das Kind war gesund.

Der Vater des Kindes erkrankte 5 Jahre nach seiner Ansteckung an Verrücktheit, wurde der Irrenanstalt Thonberg übergeben, in welcher ich vor Jahren als Assistenzarzt fungirte. Bei der Aufnahme und in den folgenden Monaten zeigte sich kein Symptom von Syphilis. Ungefähr 9 Monate nach der Aufnahme entwickelte sich allmälig unter abendlichem Fieber eine linksseitige Hodenanschwellung, welche als syphilitische diagnosticirt wurde. Weitere Syphilissymptome waren nicht bemerklich. Der Kranke ging nach drei Monaten unter den Symptomen einer Gehirnerweichung und wässeriger Exsudation in die Rückenmarkshäute, zuletzt unter mehrtägigen Krampferscheinungen zu Grunde.

Die Section wurde von mir vorgenommen und ich hebe hierbei hervor, dass die Hodenaffection als syphilitisch sich erwies, dass ich aber aus dem Befunde im Gehirn und Rückenmark und in den übrigen Organen mit Bestimmtheit einen syphilitischen Charakter nicht nachzuweisen vermochte.

IV. Fall. Oberstlieutenant von M., 54 Jahre alt, ist von mir persönlich nicht behandelt worden, verheirathete sich im Alter von 36 Jahren. Das erste Kind, ein Sohn, ist jetzt 17 Jahre alt, zur Zeit Fähnrich und vollkommen gut entwickelt, frei von Syphilis und von mir an verschiedenen nicht syphilitischen, katarrhalischen Affectionen leichten Grades zu verschiedenen Zeiten behandelt worden. Das zweite Kind, ein Mädchen von jetzt 9 Jahren, gesund, kräftig, gut entwickelt, wiederholt von mir an leichten, nicht syphilitischen Affectionen behandelt, ist stets frei von Syphilis gewesen. Nach der Zeugung dieses zweiten Kindes erkrankte Patient nach Aussage der Gattin an Syphilis und es hatte nach der Geburt dieses Kindes in den folgenden Jahren ein Coitus der Gatten nicht stattgefunden, da sich Vorboten einer Seelenstörung bei dem Manne zeigten. Es fand jedoch später noch eine Cohabitation der Eheleute statt, nach welcher der Gatte einige Tage später an Verrücktheit erkrankte und einer Irrenanstalt übergeben wurde. Die Frau hatte bei diesem Beischlaf concipirt und gebar einen Knaben, welcher jetzt 4 Jahre alt und völlig frei von Syphilis ist; ich habe das kräftige Kind seit seinem ersten Lebensjahre wiederholt vor Augen, an Masern, Scharlach und auch anderen nicht syphilitischen

Affectionen behandelt und sehe es noch jetzt. Die nach der Zeugung des weiten und vor der Zeugung dieses dritten Kindes stattgefundene syphilitische Erkrankung des Vaters wurde ärztlich constatirt durch die mir vorgelegenen Gutachten der behandelnden Irrenärzte, deren einer Professor einer Universität, sich in denselben dahin ausgesprochen hatte, dass bei den vorhandenen Syphilissymptomen eine günstigere Prognose für die bestehende Geisteskrankheit gestellt werden könnte. Nach einer specifischen Kur wurde der Kranke so weit hergestellt, dass er nach dem Wortlaut eines Gutachtens für dispositionsfähig erklärt und aus der Anstalt entlassen werden konnte. Jedoch nach seinen schriftlichen Aeusserungen zu urtheilen und nach den Angaben Anderer über sein verändertes Verhalten im geselligen Umgange zu schliessen, scheint mir der getrennt von der Frau lebende Kranke der Fatuität entgegenzugehen. Die Gattin des Kranken sehe ich nicht selten als Hausarzt; sie ist vollkommen frei von Syphilis.

V. Fall. Ein Arzt, war vor 6 Jahren an Syphilis erkrankt und hatte sich selbst innerlich Mercur verordnet. Jetzt war noch eine wenig härtliche Phimose als Folge der früheren Geschwürsbildung zurückgeblieben. Deutliche Syphiliserscheinungen waren nicht mehr vorhanden; auch der härtliche Ring der Phimose konnte bei dem Mangel weiterer Symptome, wenn auch verdächtig, so doch nicht mit Bestimmtheit für Syphilis erklärt werden. Ich operirte die Phimose, nach 3 Tagen Heilung. Nach 14 Tagen verheirathete sich Patient. Aus dieser Ehe stammen 4 gesunde, kräftige Kinder, bei welchen niemals Syphilissymptome bemerkt worden waren. Ungefähr 10 Jahre nach seiner früheren syphilitischen Ansteckung untersuchte ich den Patienten wegen rasch eingetretener beträchtlicher Schwerhörigkeit. Oertlich liess sich Nichts weder am Ohr noch im Pharynx nachweisen. Syphiliserscheinungen waren bisher nicht beobachtet worden und auch zur Zeit nicht vorhanden. Im Einverständniss mit einem Ohrenarzt wurde Jodkalium verabreicht, worauf in 8 Tagen die frühere Schärfe des Gehörs sich wieder eingestellt hatte.

Dieser letzte Fall ist zwar nicht so überzeugend wie die Auszüge der anderen Krankengeschichten, weil die hier erwähnte syphilitische Affection nur aus der erfolgreichen antisyphilitischen Therapie vermuthet werden konnte.

VI. Fall. Ein Bildhauer, 32 Jahre alt, hatte sich 2 Jahre nach einer syphilitischen Ansteckung verheirathet; zur Zeit der Verheirathung

war kein Syphilissymptom mehr bemerkt worden. Ein Jahr nach der Verheirathung kam die Frau mit einem kräftigen, gesunden Mädchen nieder. Drei Jahre nach der Verheirathung, also 5 Jahre nach der Ansteckung wurde der Kranke von tiefen Zerstörungen des weichen Gaumens ergriffen. Nach einer Einreibungskur mit grauer Salbe und später mit Jodkali innerlich heilten die charakteristisch syphilitischen Geschwüre; weitere Syphiliserscheinungen traten nicht auf und wurden auch von mir im Verlaufe des nächsten Jahres nicht bemerkt. Das Kind der Eltern ist 3 Jahre alt, gesund und kräftig und hat nie an Syphilis gelitten; die Frau ist gesund und stets von Syphilis verschont geblieben.

Der Umstand, dass bei dem Erzeuger eines Kindes zu irgend einer Zeit wieder Symptome der Syphilis zum Vorschein kommen beweist, dass seine Krankheit bisher nicht geheilt war und dass er immer noch unter dem Einfluss der Syphilis steht.

Wenn wir lange Zeit keine Symptome beobachten, so liegt hierin weder der Beweis der stattgefundenen Heilung noch einer eingetretenen „Latenz“ des syphilitischen Giftes, sondern es beweist dies nur, dass die Symptome der Syphilis zur Zeit nicht zur Beobachtung gekommen sind.

Wie jedes Symptom der Syphilis trotz noch bestehender Seuche fehlen kann und wir im einzelnen Fall die Gründe und den Zusammenhang nicht zu ermitteln vermögen, warum in den verschiedenen Organen des Körpers diese Symptome in verschiedener Weise zum Ausdruck kommen, so kann auch von Seiten der Zeugungsorgane das Symptom einer deutlich syphilitischen Nachkommenschaft fehlen, aber es können trotz scheinbar gesunder Nachkommenschaft eines zur Zeit symptomlosen Vaters später von Seiten der verschiedenen Organe bei dem Erzeuger Symptome auftreten. Zur Erzielung einer gesunden Nachkommenschaft eines syphilitisch erkrankt gewesenen Vaters ist es nicht erforderlich, dass die Zeugungsorgane, Hoden des Erzeugers, verschont bleiben; denn ich konnte gerade durch hier erwähnte Beispiele beweisen, dass, obgleich gesunde Kinder erzeugt worden waren, die Hoden an Syphilis erkrankt waren. Möge nun der Keim zu jener später nach der Zeugung sich documentirenden Erkrankung des Hodens schon vor der Zeugung sich zu entwickeln begonnen haben oder erst später, so hat die Erkrankung der Säftemasse und organisirten Substanz doch sicher vor der Zeugung schon stattgefunden.

Gerade der Umstand, dass die verschiedensten Organe von syphilitischen Erkrankungen zu den verschiedensten Zeiten betroffen werden können, spricht auch dafür und sicher nicht dagegen, dass wir trotz zeitweiligem Mangel deutlicher Symptome eine fortlaufende Kette zwar scheinbar widersprechender, schwer schematisirbarer Erscheinungen haben, welche aber doch als ein Ausdruck für eine noch nicht geheilte, noch bestehende Krankheit aufzufassen sind. Jede krankhaft veränderte syphilistische Stelle, d. h. jede syphilitische Neubildung, wenn auch nicht makroskopisch wahrnehmbar, kann zu irgend einer gewissen Zeit ihrer Entwickelung und ihres weiteren Bestehens der Ausgangspunkt zur Reproduction des Contagiums sein und die Veranlassung und der Ausgangspunkt neuer, krankhafter Bildungen werden, welche unter Umständen selbst acut zu verlaufen im Stande sind und zuweilen unter der Form eines rasch entwickelten, sogenannten Recidivs sich uns darbieten. Nach klinischen Erfahrungen wissen wir z. B. genau, dass in einer zerfallenden Papel oder in einem syphilitischen sog. Tuberkel Contagium reproducirt wird und enthalten ist. Der Stoffwechsel vermittelt solche Vorgänge durch fortwährenden, allmäligen Austausch der Säftemassen und der sogenannten organisirten Substanzen. Ein zeitweiliges Unterbrechen und Aufhören dieses Austausches ist nicht denkbar und widerspräche den Gesetzen der Physiologie und Pathologie des Stoffwechsels, so dass also auch bei Syphilitischen der Austausch syphilitischer Substanzen nicht unterbrochen, nicht „latent“ gedacht werden kann. Von einer grob embolischen Weiterbeförderung der Krankheitskeime und von einer Beimischung direct und ausschliesslich von den Drüsen aus, so dass der während der sogenannten Latenz relativ gesunde, d. h. von Syphiliserscheinungen freie Organismus mit Aufhören dieser „Latenz“ auf ein Mal wieder mit Syphilisstoffen angefüllt und krank werde, wie es die sogenannte Abkapselungstheorie demonstrirt, kann nach meiner Auffassung hier nicht mehr die Rede sein. Es gibt keine genaue Grenze zwischen Gesundsein und Kranksein, ebenso auch nicht zwischen „latenter“ und deutlich bestehender Syphilis. Ausserdem haben wir sowohl im Blut als auch in der Samenzelle den Beweis, dass das, was wir syphilitisches Contagium oder Krankheitskeim nennen, oder was als die Ursache von Weiterverbreitung der Krankheit angesehen werden muss, ein integrirender Bestand-

theil organischer Elemente, der organisirenden und organisirten Zellen geworden ist und mit zu ihrem organischen Aufbau und Wachsthum innerhalb der Grenzen des jeder Zelle bestimmten Lebenslaufes beigetragen hat, die ungeahntesten Combinationen eingeht, so dass auch ein Suchen nach sogenanntem Syphiliskörperchen als dem Träger des Contagiums nach unserer Erläuterung bei der heutigen Methode der Forschung das gehoffte Resultat nicht haben kann. Hier werden wir die Syphilis höchstens in der veränderten Form der Zellen, als der derzeitig allein fasslichen Gestalt für das Vorstellungsvermögen und an den Combinationen, welche die verschiedenen Formen der Zellen weiter eingehen, d. h. in der Erforschung der Produkte pathologisch-anatomisch und klinisch verfolgen können. Einestheils entziehen sich die jenseits der Grenze der Wahrnehmbarkeit liegenden Zellen unserer Beobachtung und Beurtheilung und anderentheils sind wir im Stande, diejenigen Zellen, welche ihren Lebenslauf vollendet haben und vor unseren Augen zerfallen, nur ausnahmsweise und theilweise in ihren Zerfallungsprodukten richtig zu deuten. Die Zerfallungsprodukte eines noch so kleinen Eiweisskörpers, an welchen wir das Contagium gebunden wissen, sind nicht wie Traube im Allgemeinen von den Eiweisskörpern meint, als todtes Eiweiss zu denken, sondern sie geben selbst lebend im lebenden Organismus immer wieder zu neuem Leben Anlass und sind nach meiner Meinung nicht eher als todt aufzufassen, als sie aus dem Organismus auf einem der bekannten Wege ausgeschieden worden sind. Wollen wir uns aber bemühen, die Ursachen der syphilitischen Produkte und ihrer Folgeerscheinungen zu ergründen, so müssten wir die constituirenden Elemente der Gewebe in den verschiedensten Organen selbst einer Betrachtung unterziehen und würden dabei immer nicht streng unterscheiden können, was Ursache und was Folge ist. Wir würden um ein Beispiel anzuführen, in dem aufgelockerten und aufgequellten Gewebe der Intima der Gefässe, einem als charakteristisch für Syphilis angeführten Merkmale, in welchen Substanzen das, was für uns Ursache der Syphilis ist, ebensogut seinen Sitz hat als anderwärts, die Grenze der Forschung derzeitig markiren können. Der Umstand, dass z. B. jene charakteristischen Veränderungen der Intima der Gefässe und Gefässchen, jene erwähnte Auflockerung und das Hineinragen der Substanz in die Lumina der Gefässe

stattfindet, beweist eben, dass die krankmachende Ursache hier in der Substanz ebenso gut ihren Sitz hat, als anderwärts, wo wir sie nicht erkennen. Wir erkennen die schon vorher bestehende Syphilisursache nunmehr an ihren veränderten Erscheinungen und Formen; diese krankmachende Ursache kann nicht erst kurz vorher direct an die kranke Stelle des Gefässes hingeführt worden sein, sondern muss die verschiedenen Stufen des Stoffwechsels durchschritten haben. Wenn wir anderwärts krankhafte Veränderungen nicht sehen, so ist dies nicht der Beweis, dass anderwärts das Gewebe nicht unter dem Einfluss der Syphilis stände. Wir dürfen nur sagen, der Grad der Erkrankung der Substanz ist hier zur Zeit nicht so gross, so dass er sich nicht durch Erscheinungen für unsere Beobachtung zu erkennen giebt.

Die Zerfallsprodukte dieser krankhaft veränderten Stellen, welche aus den vorher normal erscheinenden entstanden sind, was wir aus den ersten Anfängen und aus dem Hineinbezogenwerden der für unsere Wahrnehmungen vorher gesund scheinenden Gewebe in dem krankhaften Process erkennen, mischen sich ebenso nunmehr in veränderter Form dem Ernährungsstrom zu und bilden einen Bestandtheil desselben und geben je nach Beschaffenheit desselben fortwährend neue Zufuhr syphilitischer Stoffe, von deren Verarbeitung im Organismus es abhängt, ob neue Erscheinungen sich ausbilden oder ob allmälig Abschwächung ihres Einflusses und endliche Heilung eintritt. Wie man hier den Process in den Gefässen verfolgen kann, so vollzieht sich der Vorgang in anderem Gewebe der verschiedenen Organe in anderer Gestalt und verschiedener Form.

Die Combinationen jenes für uns nicht greifbaren Contagiums der Syphilis sind aber so mannigfaltig wie die übrigen Substanzen zu deren organischem Aufbau sie mit verwendet wurden. Während das Syphiliscontagium in verschiedenen Secreten, z. B. im Samen und Speichel die Eigenschaft der directen Uebertragbarkeit nicht besitzt und im Blute zeitweilig verlieren und wiedererlangen kann, so ist das aus der kranken Samenzelle und durch Vermittelung eines gesunden Eies hervorgegangene Kind unter Umständen wieder im Stande auf Gesunde die Syphilis durch directe Ueberimpfung erwiesener Weise fortzupflanzen.

Wenn wir nun mit unseren Beobachtungen den von uns durch Beispiele illustrirten Fall, dass ein scheinbar gesunder Vater ein

gesund bleibendes Kind gezeugt hat und selbst wieder Symptome seiner früheren Krankheit ohne neue Ansteckung darbietet in Verbindung bringen, so unterstützt dieser Fall keineswegs die übliche Ansicht, wonach man versucht sein könnte zu erklären, dass zur Zeit der Zeugung die Syphilis des Vaters „in der Latenz“ sich befunden hätte und später aus dieser „Latenz“ durch Beimischung syphilitischer Stoffe aus den Drüsendepots unter der Entwickelung neuer Symptome plötzlich herausgetreten sei. Wir können vielmehr nach unseren Anschauungen mit Recht den Schluss ziehen, dass zur Zeit der Zeugung die bestehende Syphilis des Vaters sich schon so weit abgeschwächt hatte, dass er zwar ein gesundes Kind zeugen konnte, aber doch noch nicht vollständig geheilt war. Der Same, welcher hier zur Erzeugung eines gesunden Kindes beitrug, ist als Maassstab für eine Blutmischung anzusehen, deren Beschaffenheit allmälig der Norm näher rückt, ohne dass man hierbei berechtigt wäre eine sogenannte „Latenz“ anzunehmen, wonach für solche Väter überhaupt nicht ausgeschlossen ist, dass sie selbst wieder Symptome bekommen können, aber für sie im Allgemeinen eine günstige Prognose sich ergibt, jedoch aber auch der Fall vorkommen kann, dass ein solcher Vater, welcher ein gesundes Kind gezeugt hat, doch noch an den Folgen seiner früheren Krankheit zu Grunde gehen kann, wenn früher, lange Zeit vor der Zeugung des Kindes der Keim zur Erkrankung wichtiger Organe gelegt worden war, deren Folgen sich später geltend machen. Diese späteren Folgeerscheinungen haben jedoch, wie z. B. amyloide Entartung der Nieren u. s. w. oder Narbeneinziehungen der Leber oder Schwielen im Gehirn, in deren Umgebung tödtlich verlaufende Erweichungen entstehen können, nicht mehr nothwendig einen contagiösen Charakter.

Sind derartige schwere Folgezustände nicht vorhanden, so können wir nach klinischen und pathologisch-anatomischen Erfahrungen schliessen, dass wenn ein Mal ein gesundes Kind gezeugt worden ist, die etwa später gezeugten Kinder ebenfalls von Syphilis verschont bleiben werden, während allerdings die Möglichkeit nicht auszuschliessen ist, dass ebenso, wie sich bei dem Vater hier und da ein Mal verspätete Symptome einstellen, bei der Nachkommenschaft in späten Jahren jene dunklen Formen tardiver Syphilis oder jene krankhaften Zustände mit zweifelhafter Diagnose sich entwickeln.

Hieher gehören z. B. Fälle, wo bei einem Kinde oder einer erwachsenen, jungen Person unter sicherem Ausschluss acquirirter Syphilis und bei dem Mangel sonstiger Syphiliserscheinungen irgend etwa hartnäckige, später aufgetretene Hauterscheinungen einer antisyphilitischen Therapie weichen.

Gesetze können selbst auf Grund zahlreicher Beobachtungen nicht leicht aufgestellt werden, wenn man sich über die Prognose solcher gesund gebliebener Kinder eines früher syphilitisch gewesenen Vaters, bei dem später wieder Syphiliserscheinungen zum Vorschein kommen, aussprechen soll. Immer nur wird man jeden einzelnen Fall beurtheilen dürfen und sagen müssen, dass sich die Prognose um so günstiger gestaltet, je gesünder und kräftiger das Kind sich entwickelt hat und ein je grösserer Zeitraum nach der Geburt verstrichen ist, ohne dass man syphilitische oder der Syphilis verdächtige Erscheinungen zu bemerken im Stande war.

Beobachtungen aus dem St. Lazarushospitale für venerische Kranke in Warschau.

Schankergeschwüre der Vaginalportion und der Scheide.

Beobachtet und beschrieben von

Dr. Eduard Klink

ordinirendem Arzte an dem genannten Spitale.

Schankröse Geschwürsbildungen an der Vaginalportion oder auf der Schleimhaut tief in der Scheide gehören nicht zu den alltäglich zu beobachtenden Erscheinungen. Hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens dieses Leidens herrschen jedoch ziemlich widersprechende Meinungen. Diese Uneinigkeit der Ansichten bezieht sich auf die Häufigkeit des Auftretens des Schankers sowohl an der Scheidenportion als auch in der Tiefe der Scheide selbst.

Hier erlaube ich mir die Ansichten der deutschen und französischen Schriftsteller vorzuführen, die sich auf die in Rede stehende Frage beziehen. So meint z. B. Michaelis [1]), dass Schanker in der Tiefe der Scheide oder an der Vaginalportion eine ungemeine Seltenheit sind, wenn man namentlich anderweitige Geschwürsbildungen an der Vaginalportion nicht für schankröse ansieht. Ueberdies nimmt Michaelis an, dass Schanker an der Vaginalportion gleichzeitig mit Geschwürsbildungen desselben Charakters an den äusseren Geschlechtstheilen auftreten.

A. Reder [2]) sagt, dass Schankergeschwüre an der Vaginalportion eine seltene Erscheinung sind; noch seltener kämen sie in der Tiefe der Scheide vor.

Zeissl [3]) behauptet, Schanker erschienen seltener in der Scheide als an den äusseren Geschlechtstheilen und zwar sollen

---

[1]) Compendium der Lehre von der Syphilis. Wien 1859. pag. 39.

[2]) Pathologie und Therapie der venerischen Krankheiten. 2. Aufl. Wien 1868.

[3]) Lehrbuch der Syphilis. Erlangen 1871.

sie in der Scheide gewöhnlich in ihrem vorderen Drittel auftreten. Häufiger kämen Schanker an dem Scheidentheil vor. Von Schankern in der Tiefe der Scheide, weiter gegen die Gebärmutter hin, spricht Zeissl gar nicht.

Baeumler [1]) behauptet ebenfalls, dass das primäre syphilitische Geschwür in der Scheide höchst selten anzutreffen ist, häufiger sei es schon an der Vaginalportion zu constatiren.

Kaposi [2]) meint, dass Schankergeschwüre und dass das primäre syphilitische Geschwür in der Tiefe der Scheide und an der Vaginalportion zu den höchst selten zu beobachtenden Erscheinungen gehören. In seinem Atlas stellt er 2 Fälle von Schankern dieser Art dar. Den ersten Fall gibt er auf Tafel IX, wo 2 tiefe Schankergeschwüre, zusammengeflossen auf der hinteren Muttermundslippe, und drei abgesonderte Verschwärungen an der vorderen Scheidenwand ganz in der Nähe der Vaginalportion dargestellt sind. Den zweiten Fall gibt er auf Tafel X, die ein Schankergeschwür, in der Tiefe der Scheide an ihrer hinteren Wand gelegen, und nebenbei fünf kleine Geschwüre vorstellt.

Ph. Ricord [3]) führt auf 199 Fälle von Schankern in verschiedenen Gegenden der Geschlechts- und anderer Theile nur 12 Fälle an, wo die Geschwürsbildungen an der Vaginalportion gelegen waren.

Derselbe Autor gibt in einem anderen Werke [4]) 3 Fälle von Schankergeschwüren an der Vaginalportion mit den dazu gehörigen Tafeln. Zwei von diesen Beobachtungen betrafen gewöhnliche Schankergeschwüre, der dritte Fall war ein primäres syphilitisches Geschwür in dem Cervix uteri, welches eine allgemeine syphilitische Erkrankung nach sich zog.

---

[1]) In dem „Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie", ausgegeben von Ziemssen, Band III., in der Abtheilung „Syphilis". 1874. pag. 80.

[2]) Die Syphilis der Haut und der angrenzenden Schleimhäute. I. Lief. Wien 1873. pag. 40.

[3]) Traité pratique des maladies vénériennes. Paris 1838. pag. 526.

[4]) Traité complet des maladies vénériennes. Clinique iconographique. Paris 1851. Tab. V, et VI bis.

Rollet [1]) gibt in seinem Werke an, dass er 7 Fälle von Schankern an dem Scheidentheil gesehen; fügt jedoch nicht hinzu, auf wie grosse Anzahl von Erkrankungen dieser Art im Allgemeinen diese 7 Fälle kommen. Ueberdies sagt er, dass Schanker an der Scheidenportion und im Innern der Scheide nach Richet und Gosselin zu den seltensten Erkrankungen gehören. Nach Rollet's Ansicht kommen Schanker im Innern der Scheide viel seltener vor als an der Vaginalportion.

Ar. Desprès [2]) widmet in seinem Werke über Geschwürsbildungen jeglicher Art an der Vaginalportion auch ein besonderes Kapitel dem Schanker an der Gebärmutter. Auf 686 Kranke mit geschwürigem Leiden der Geschlechtsorgane beobachtete er 291 Geschwürsbildungen an der Vaginalportion. Diese Fälle lassen sich hinsichtlich der Ursachen, durch die sie hervorgerufen worden, in folgender Weise klassificiren: bei 108 Kranken war die Geschwürsbildung durch Entzündungen der Schleimhaut der Vagina bewirkt worden, bei 34 Kranken bestand gleichzeitig mit der Geschwürsbildung an der Vaginalportion, eine Entzündung der Schleimhaut der Uterinhöhle oder der Uterussubstanz selbst; in 93 Fällen waren weiche Schanker ohne syphilitische Erkrankung und in 53 war gewöhnliche Geschwürsbildung an der Gebärmutter. Rollet führt auch die Ansicht Sirus-Pirondi's an, welcher behauptet, er habe auf 60 Fälle von weichen multiplen Schankern am Scheideneingange 58 Schanker an der Vaginalportion beobachtet. Dieser letzteren Statistik wird übereinstimmend von allen Autoren widersprochen.

Al. Fournier [3]) führt auf 249 Fälle von Schankergeschwüren 13 Fälle von Schankern an der Vaginalportion und nur einen derartigen Fall in der Tiefe der Scheide an. Somit kommt nach Fournier ein Schankergeschwür an der Vaginalportion auf 18 solcher Geschwüre an anderen Theilen; weiter schliesst er, dass Schanker der Vaginalportion die vierte Stelle hinsichtlich der Häufigkeit des Vorkommens dieser Leiden an den weiblichen Ge-

---

[1]) Traité des maladies vénériennes. Paris 1866. pag. 95.

[2]) Traité iconographique de l'ulcération et des ulcères du col de l'utérus. Paris 1870.

[3]) Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme. Paris 1873, pag. 69 ss.

schlechtstheilen einnehmen; die letzte Stelle käme dann den Schankern in der Tiefe der Scheide zu. Fournier nimmt an, dass Schanker an der Vaginalportion viel häufiger vorkommen, als es die Schriftsteller angeben, und glaubt die Ursache des vermeintlichen weniger häufigen Antreffens von Schankern an der Vaginalportion darin zu finden, dass ein solcher Schanker weder schmerzhaft noch leicht bemerkbar für die Frau ist und dass er meist sehr schnell heilt. Schankergeschwüre in der Tiefe der Scheide sollen nach Fournier eine grosse Seltenheit sein; er bemüht sich, diese Seltenheit durch die Form der Scheide, die am Eingange enger als oben ist, und durch die grosse Oberfläche derselben nach Ausgleichung ihrer Falten zu erklären.

Fournier sagt, dass der Scheidenschanker entweder am Scheideneingange, wo man ihn ebenso zu den Schankern der Scheide als zu denen der äusseren Scham zählen kann, oder in der Schleimhaut des Scheidengewölbes, wenn auch hier ungewöhnlich selten, vorkomme, sich aber nie in der mittleren, zwischen den beiden genannten Orten liegenden Partien antreffen lasse. Fournier sucht weiter diese Immunität der Scheide durch den anatomischen Bau dieses Organs zu begründen; letzteres sei nämlich aus einem derben, festgefügten Bindegewebe, durchflochten von einer grossen Anzahl sehniger Fasern, zusammengesetzt und seine Schleimhaut von mehrschichtigem Pflasterepithelium bedeckt; überdies sei die Scheide sehr dehnbar und weniger zu Fissuren disponirt als der Introitus vaginae, auf den beim Coitus der erigirte Penis den grössten Drang ausübt; endlich werde die Scheide, da sie von einem reichlichen natürlichen Secret bedeckt ist, durch dieses vor Ansteckung geschützt, indem es seinerseits den Schankereiter diluirt und gleichzeitig mit dem Samen aus der Scheide abfliesst. Schwarz [1]) beschreibt einen in der Klinik des Prof. Fournier beobachteten Fall, in welchem beide Muttermundslippen mit Geschwüren, bedeckt von einer dicken Lage grauer festanhaftender Massen, behaftet waren. Die Vaginalportion fühlte sich hart an. Die Frau war von einem Manne angesteckt worden, bei dem die Schankergeschwüre

---

[1]) Ein Fall von syphilitischem Schanker am Collum uteri. Ref. aus den „Annales de Derm. et Syphil." VI. 1. 1875 in der Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis. 1875. pag. 361.

auf dem Gipfel der Eichel in der Nähe der Harnröhrenmündung gelegen waren; bei diesem Kranken stellte sich nach Verheilung des Geschwüres ein papulöses Exanthem ein, ähnlich wie bei der Frau.

Drei völlig ähnliche Fälle gibt auch Henry [1]) an.

Was uns anbetrifft, so haben wir auf 332 Fälle von Schankern in verschiedenen Gegenden der Geschlechtsorgane 8 nachfolgende Fälle von Schankern an der Vaginalportion beobachtet. Wie es aus der ganzen Reihe von Ansichten eben angeführter Autoren hervorgeht, so gehören im Grossen und Ganzen Schanker an der Vaginalportion zu den seltensten Leiden. Dennoch treten sie nach französischen Schriftstellern bei weitem häufiger auf als den deutschen Angaben zufolge. Umgekehrt, was die Schanker in der Tiefe der Scheide anbetrifft, so halten es die französischen Autoren für ein nur ausnahmsweise vorkommendes Leiden, während die deutschen es keineswegs für eine so grosse Seltenheit ansehen, wenngleich sie zugeben, dass die Schanker in der Tiefe der Scheide weniger häufig anzutreffen sind, als die an der Vaginalportion. Wir unsererseits müssen der Ansicht französischer Schriftsteller beistimmen, sowohl in Bezug auf Schanker in der Tiefe der Scheide als auch auf die an der Vaginalportion. Unsere Statistik nähert sich in dieser Beziehung der Statistik Fournier's, und ein einziger Fall von Verhärtung in der Tiefe der Scheide auf eine sehr bedeutende Anzahl von mit Schankergeschwüren behafteten Kranken, die wir zu beobachten Gelegenheit hatten, spricht für die grösste Seltenheit dieses Leidens in der Tiefe der Vagina.

Unsere Beobachtungen sind folgende:

Beobachtung I. Emilie J., öffentl. Mädchen, 27 Jahre alt, trat in's Krankenhaus den 17. Nov. 1875. Die Patientin war vor 2 Wochen aus dem Krankenhause entlassen worden, wo sie an oberflächlichen Erosionen am Scheideneingange und auf den beiden kleinen Schamlippen behandelt wurde. Bei der Untersuchung der Kranken wurden constatirt: oberflächliche Schleimhauterosionen am Scheideneingange und katarrhalische Entzündung der Schleimhaut der Scheide

---

[1]) Drei Fälle von syphilit. Induration am Collum und Cervix uteri. Ref. aus „Americ. Journ. of Dermatol. and Syphil.“ 1874 vol. 5 in der Vierteljahresschrift für Derm. u. Syph. 1876, pag. 113.

und der Gebärmutter. Die Vaginalportion war stark geschwellt und geröthet, auf den Muttermundslippen aber zeigten sich Geschwürsbildungen. Diese Geschwüre, am äusseren Muttermunde beginnend, reichten über die vordere Lippe hinweg bis zu ihrer Mitte; die hintere Muttermundslippe nahmen sie ganz ein bis zum Scheidengewölbe. Diese Geschwüre waren bedeckt von einer dicken Lage zerfallener Massen, ihr Grund war an mehreren Stellen stark ausgefressen, namentlich um den äusseren Muttermund herum. Es wurde zum Verband, den man mit Hilfe eines Speculums ausführte, eine Chlorkalklösung (Dr. j : Pf. j) empfohlen, indem man zwei Mal täglich in dieser Lösung getauchte Tampons einlegte. Am 24. Nov. breitete sich die Geschwürsbildung etwas aus, besonders auf der vorderen Muttermundslippe und zog sich in den Cervicalkanal hinein; alsdann wurde der letztere mit Hilfe eines langen Höllensteinstiftes cauterisirt. Diese Aetzung wiederholten wir noch zwei Mal alle zwei Tage. Verbunden wurde auf die obenerwähnte Weise. Den 3. Dec. begannen die Geschwüre sich in ihrer ganzen Ausdehnung zu reinigen. Den 5. Dec. bekam die Patientin ihre Regeln, die nach vier Tagen beendet waren; während dieser Zeit wurde nichts applicirt. Den 10. Dec. zeigte es sich bei der Untersuchung, dass die Geschwüre keine Veränderung eingegangen waren. Es wurde dieselbe Behandlung wiederum empfohlen. Den 18. Dec. reinigten sich die Geschwüre vollständig und begannen vom Rande aus zu verheilen. Dann wurde zum Verbinden eine Lösung von Cupr. sulf. (Dr. j : Pf. j) verordnet und alle 4 Tage wurde leicht mit Arg. nitr. in Substanz touchirt, um die Verheilung zu beschleunigen. Den 4. Jan. 1876 waren die Geschwüre völlig verheilt und die Kranke (als gesund) entlassen worden; somit bestand die Geschwürsbildung vom Augenblick der ersten Untersuchung bis zum Tage der Entlassung 47 Tage.

B e o b a c h t u n g II. Josephine P., öffentl. Mädchen, 19 Jahre alt, trat in's Hospital den 16. Nov. 1875. Die Kranke war vor einer Woche entlassen und an spitzen Condylomen am Scheideneingange behandelt worden. Bei der Untersuchung zeigte es sich, dass bei der Kranken an Stelle der früheren Condylome neue emporgewachsen waren, und zwar waren sie nicht nur am Scheideneingange, sondern auch um die Harnröhrenmündung herum gelegen. Ueberdies wurde ein Abscess in der grossen Schamlippe linkerseits constatirt und der Eiter entleerte sich durch eine unkenntliche Oeffnung in den Schleimhautfalten am Scheideneingange. Auf der inneren Fläche beider kleinen

Schamlippen befanden sich zwei Schankergeschwüre von der Grösse eines Pfefferkorns; ähnliche Geschwürsbildung, nur länglicher Form zeigte die Schleimhaut des Anus. Nach Einführung des Speculums wurde ausserdem eine katarrhalische Entzündung der Scheiden- und Gebärmutterschleimhaut constatirt. Näher uns interessirende krankhafte Processe waren auf der Vaginalportion localisirt. Diese war geschwellt und geröthet und auf der vorderen Muttermundslippe fanden wir drei Schankergeschwüre, welche von der Grösse einer Erbse, von einander gesondert und ziemlich vertieft, von einer Detritusmasse bedeckt waren, die sich mit einem Charpiepinsel nicht entfernen liess. Verordnet wurden: Sitzbäder zweimal täglich, Einspritzungen von Chlorkalklösung in die Vagina und Application von in der letzteren Lösung getauchten Charpietampons auf die Scheidenportion. Chlorkalklösung wurde auch zum Verband der Geschwüre auf den kleinen Schamlippen und am Orificium ani empfohlen. Den 30. Nov. verheilten die Geschwüre an den beiden letzteren Orten; der Eiter hörte aus dem Abscess der grossen Schamlippe auf zu fliessen und die Geschwüre an der Vaginalportion reinigten sich. Derselbe Verband wurde weiter applicirt. Den 2. Dec. zeigte sich bei der Kranken die Menstruation und jegliche Behandlung wurde unterbrochen. Den 7. Dec. bemerkten wir nach Einbringung des Speculums, dass die Geschwüre an der Vaginalportion im Verheilen begriffen waren. Nun verordneten wir zum Verband eine Lösung von Cupr. sulf. Den 16. Dec. waren die Geschwüre vollständig verheilt. Was die spitzen Condylome anbetrifft, so entfernten wir sie nicht, wenigstens bis alle Geschwüre verheilt waren, denn sonst hätten wir an Stelle der vernichteten Condylome neue Schankergeschwüre gehabt. Die Patientin wurde gegen Ende December entlassen, so dass die Geschwürsbildung an der Scheidenportion 32 Tage bestanden hat.

Beobachtung III. Anna K., öffentl. Mädchen, 21 Jahre alt, trat in's Krankenhaus am 13. Febr. 1876. Die Kranke befand sich schon mehrere Monate ausserhalb des Hospitals. Bei der Untersuchung zeigte sich neben mehreren oberflächlichen Erosionen am Scheideneingange und einem chronischen Katarrh der Vagina eine Geschwürsbildung, die den ganzen Scheidentheil einnahm. Das Geschwür befand sich nicht nur an den beiden Muttermundslippen, sondern ging auf das Scheidengewölbe in der Ausdehnung eines Ctm. über. Es drang in die Tiefe, nahm den äusseren Muttermund ein und war bedeckt mit einer dicken Lage von Detritusmasse; an mehreren Stellen war

sein Grund uneben und ausgefressen und die Eiterung erfolgte in sehr reichlicher Menge. Es wurde zum Verband eine Carbolsäurelösung (Dr. j : Pf. j) verordnet, die auch zu den Einspritzungen in die Vagina diente. Den 7. März reinigte sich das Geschwür völlig und begann zu verheilen; es wurde alsdann Cupr. sulf. zum Verband verordnet. Die Verheilung ging sehr langsam von Statten, so dass wir genöthigt waren, zu ihrer Beschleunigung die Aetzung mit Arg. nitr. in Substanz zu Hilfe zu nehmen. Vollständige Verheilung des Geschwüres erfolgte erst am 2. Mai, an welchem Tage die Kranke entlassen wurde. Somit dauerte die Geschwürsbildung an der Scheidenportion trotz fast ununterbrochener Behandlung 87 Tage.

Beobachtung IV. Karoline M., öffentl. Mädchen, 25 Jahre alt, kam in's Hospital am 25. April 1876. Bei der Untersuchung der Kranken zeigte sich am Scheideneingange in der Fossa navicularis ein Schankergeschwür von der Grösse einer Haselnuss. Bei der Specularexploration fanden sich drei Geschwüre am Scheidentheil; sie waren auf der vorderen Muttermundslippe gelegen, eines derselben umgab den äusseren Muttermund; sie waren von der Grösse einer Schabelbohne, vertieft und von einer dicken Lage Detritusmasse bedeckt. Ausser diesem Befunde war auch eine katarrhalische Entzündung der Scheiden- und Gebärmutterschleimhaut zugegen. Es wurde die gewöhnliche Behandlung mit Chlorkalklösung eingeleitet, wobei sowohl Einspritzungen als auch Tamponirungen mit Charpie durch ein Speculum gemacht wurden. Den 1. Mai trat die Menstruation ein; sie dauerte 8 Tage und war in den letzten Tagen sehr reichlich; jegliche Behandlung wurde während dieser Zeit unterbrochen, nur in den letzten Tagen wegen der beginnenden Metrorrhagie Elixir acid. Halleri neben Ruhe empfohlen. Nach 2 Tagen hörte der Blutfluss auf. Als wir am 12. Mai die Vaginalportion durch ein Speculum untersuchten, fanden wir die Schankergeschwüre bedeutend vergrössert und in ein grosses Geschwür zusammengeflossen, welches sowohl auf das Scheidengewölbe als auch auf einen Theil der vorderen Scheidenwand übergegangen war. Was das Geschwür am Scheideneingange betrifft, so war dasselbe nicht verändert. Es wurde zum Verband Carbolsäurelösung angewandt. Am 20. Mai begann das Geschwür auf dem Scheidentheil sich zu reinigen, und sein Grund zu granuliren; ähnlich sah auch das Geschwür am Scheideneingange aus. Den 30. Mai war das Geschwür am Scheideneingange völlig vernarbt, dagegen das Ge-

schwür am Scheidentheil nur zur Hälfte verheilt, indem der an der vorderen Scheidenwand gelegene Theil des Geschwüres noch nach wie vor eiterte. Den 13. Juni war auch dieses Geschwür gänzlich verheilt, so dass es im Ganzen am Scheidentheil 50 Tage bestanden hatte.

Beobachtung V. Sura B., öffentl. Mädchen, 20 Jahre alt, trat in's Hospital am 25. Jan. 1876; sie war daselbst zum letzten Male im December des vorigen Jahres und wurde damals an oberflächlichen Erosionen am Scheideneingange behandelt. Bei näherer Untersuchung fanden wir am Scheideneingange spitze Condylome und Katarrh der Scheiden- und Gebärmutterschleimhaut. Die wichtigsten Veränderungen befanden sich am Scheidentheil; es war daselbst ein Schankergeschwür von länglicher Form, 1 Ctm. lang und $^1/_2$ Ctm. breit, wenig vertieft und wenig absondernd; überdies war das ganze Geschwür gewissermassen über das angrenzende Gewebe erhoben. Es war vom äusseren Muttermunde vielleicht 1 Ctm. entfernt. Es wurde mit Chlorkalklösung behandelt, wobei es bis zum 10. Febr. gar keine Veränderung zeigte. In dieser Zeit machte die Kranke eine sehr schmerzhafte und 5 Tage andauernde Menstruation durch. Den 15. Febr. breitete sich das Geschwür etwas nach den Seiten aus, ohne sich jedoch zu vertiefen; sein Aussehen war vollständig ähnlich dem primären syphilitischen Geschwüre auf dem Präputium. Die Vaginalportion war geschwellt. Den 20. Febr. fing das Geschwür zu heilen an, es wurde mit einer Lösung von Cupr. sulf. verbunden. Den 28. Febr., als die Verheilung ihrem Ende entgegen ging, zeigte sich auf der Haut der Brust und des Bauches ein Roseolaexanthem (Syphilis cutanea erythematosa sive roseola syphilitica). Die Inguinal- und Cervicallymphdrüsen waren unbedeutend geschwollen. Den 4. März war das Geschwür am Scheidentheil verheilt, so dass es 37 Tage im Ganzen gedauert hat. Als nach einigen Tagen die Roseola sich bedeutender entwickelte und sich auf den Extremitäten und am Rücken zeigte, verordneten wir der Kranken Einreibungen von grauer Salbe zu ʒβ täglich. Solcher Frictionen bekam die Patientin 30 und wurde am 1. April als gesund entlassen.

Beobachtung VI. Adele P., öffentl. Mädchen, 18 Jahre alt, trat in's Krankenhaus am 1. März 1876 ein. Die Kranke war zum ersten Male im Spital vor einigen Monaten mit gewöhnlichem Scheidenkatarrh. Bei der Untersuchung zeigten sich am Scheideneingange in

der Fossa navicularis mehrere völlig entwickelte Schankergeschwüre, ziemlich vertieft und von einer dicken Lage Detritusmasse bedeckt, mit ausgefressenen und zurückgeschlagenen Rändern. Nach Einführung des Speculums entdeckten wir ein Schankergeschwür an der Vaginalportion. Dieses Geschwür, entschiedenen Charakter eines phagedänischen Schankers an sich tragend, nahm fast die ganze Vaginalportion ein, den äusseren Muttermund ringsum umgreifend. Die Veränderungen an der Vaginalportion in Folge dieses Geschwüres waren sehr bedeutend; ein Theil der vorderen und hinteren Muttermundslippe war zerstört, und das Geschwür drang in die Tiefe des Cervicalkanals. Die Kranke hat seit 4 Monaten nicht menstruirt; durch die Bauchdecken konnte man die vergrösserte Gebärmutter durchfühlen, die etwas über den Schambogen emporragte. Die Geschwüre, sowohl am Scheideneingange als an dem Scheidentheil (letzteres mit Hilfe eines Speculums) wurden mit einer Lösung von Tartarus ferri et potassae zweimal täglich verbunden. Gegen Ende März war die Geschwürsbildung am Scheideneingange völlig verheilt, die am Scheidentheil begann sich zu reinigen. Den 4. April bekam die Kranke einen Gebärmutterblutfluss, starke Schmerzen in der Uteringegend, worauf ein Abort folgte; der Fötus war etwa 4 Monate alt. Bei entsprechender Behandlung wichen allmälig alle die nach dem Abort eingetretenen Erscheinungen; am 15. April jedoch injicirte sich die Kranke ungeachtet unseres Verbotes kaltes Wasser in die Scheide; darnach trat wiederum ein recht starker Blutfluss aus der Gebärmutter ein. Bei ruhiger Lage, Anwendung von kalten Umschlägen auf den Leib und innerlicher Darreichung von Säuren, hörte nach einigen Tagen die Hämorrhagie ganz auf, um sich wiederum bei unvorsichtigem Verhalten einzustellen, was sich mehrmals wiederholte, jedoch jedesmal nach von Neuem eingeleiteter entsprechender Behandlung in Kurzem wich. Erst einen vollen Monat nach dem Aborte, d. h. den 4. Mai, führten wir das Speculum ein und überzeugten uns, dass das Geschwür an der Scheidenportion vollständig verheilt war, mit einer deutlichen narbigen Zusammenziehung des Muttermundes. Den 6. Mai zeigte sich auf der Haut des ganzen Körpers ein syphilitisches Exanthem unter der Form einer Syphilis cutanea erythematoso-papulosa, dabei wurde auch eine Anschwellung der Cervical- und Inguinallymphdrüsen constatirt. Bei der manualen Exploration fühlte sich die Vaginalportion härter als im normalen Zustande an. Somit hat die Geschwürsbildung an der Vaginalportion

65 Tage gedauert. Nun wurden Einreibungen von grauer Salbe zu ʒβ täglich verordnet. Solcher Einreibungen bekam die Kranke achtzehn und da das Exanthem darauf verschwunden war, wurde sie am 27. Mai entlassen.

Beobachtung VII. N. N., Frau eines Officialisten, etwa 35 Jahre alt, kam zu mir in's Haus am 18. August 1875. Bei der Untersuchung fand ich auf den beiden grossen Schamlippen zahlreiche flache Condylome (Condyl. plana). Nach Einführung des Speculums zeigte sich eine Geschwürsbildung von länglicher Form, etwa 2 Ctm. lang, erhoben über die angrenzende Schleimhaut, an der hinteren Scheidenwand liegend unweit des Scheidengewölbes. Dieses Geschwür stellte einen erhabenen Knoten dar, es war in der Phase des völligen Verheilens und fühlte sich bei der Palpation hart an. Die Kranke wusste gar nichts von der Existenz dieses Geschwüres. Ueberdies fand man einen Scheiden- und Gebärmutterkatarrh. Auf der ganzen Haut der Brust, des Rückens, des Bauches und der Extremitäten fand sich ein Exanthem, Syphilis cutanea erythematosa. Die Lymphdrüsen am Nacken, Ellbogen und in den Inguinalgegenden vergrössert. Die Kranke sagte aus, dass ihr Mann vor einigen Monaten wegen eines ähnlichen Ausschlages und Geschwüre am Gliede sich einer Behandlung mit grauer Salbe unterzogen hatte. Der Kranken verordneten wir ebenfalls Einreibungen von grauer Salbe zu ʒβ täglich. Sie bekam 30 solcher Frictionen, worauf das Exanthem völlig verschwand. Die Lymphdrüsen detumescirten und die Geschwürsbildung in der Scheide, namentlich der oben beschriebene harte Knoten, war gänzlich beseitigt.

Beobachtung VIII. Ruchla B., öffentl. Mädchen, 17 Jahre alt, trat in's Hospital am 10. Mai d. J., von wo sie vor 2 Wochen nach Heilung oberflächlicher Erosionen am Scheideneingange entlassen worden war. Bei der Untersuchung entdeckten wir 2 Schankergeschwüre in der Fossa navicularis und eines an der Mündung der Harnröhre. Diese Geschwüre boten alle Charaktere sogenannter weicher Schanker dar. Nach Einführung des Speculums bemerkten wir ein Geschwür an der Vaginalportion, welches die beiden Muttermundslippen einnahm, bis zum Scheidengewölbe sich fortsetzte und über den äusseren Muttermund hinweg bis in den Cervicalkanal drang. Es war von einer dicken Lage zerfallener Massen bedeckt, sein Grund war an vielen Stellen stärker ausgefressen, seine Ränder waren uneben und nach oben hervorspringend, crodirt, kurz es bot alle Charaktere eines phagedänischen

Schankers dar. Ausser diesen Veränderungen bestand auch ein chronischer Scheidenkatarrh. Die Kranke hat seit 5 Monaten nicht menstruirt. Bei der Untersuchung durch die Bauchdecken liess sich eine Vergrösserung der Gebärmutter nachweisen, welche beinahe bis zur Mitte zwischen Nabel und Schamfuge reichte. Zum Verbinden der Geschwüre an dem Scheideneingange sowohl als an der Vaginalportion wurde eine Lösung von Jodoform verordnet (Jodoform ʒj, Glycer. ℥iij, Spir. vini ℥j) und letztere zweimal täglich angewandt. Der Kranken wurde jedoch nicht täglich das Speculum eingeführt zum Verbinden des an der Vaginalportion befindlichen Geschwüres aus nahe liegenden Gründen, sondern es wurden nur kleine Charpietampons, in der Lösung getaucht, vorsichtig mit einem Stabe bis zum Scheidentheil vorgeschoben. Von Zeit zu Zeit musste man jedoch auch das Speculum einführen, um sich von dem jeweiligen Zustande des Geschwüres zu überzeugen. Den 2. Juni verheilten die Geschwüre am Scheideneingange vollständig, ohne eine Spur von Verhärtung nach sich zu lassen. Das Geschwür an der Vaginalportion bot in den ersten 2 Wochen, d. h, bis zum 24. Mai, gar keine Veränderung dar, ja sogar derjenige Theil des Geschwüres, der sich im Muttermunde befand, vertiefte sich nun weiter in den Cervicalkanal und seitwärts, wodurch der Muttermund sich vergrössert hatte. Am 3. Juni war das Geschwür in seiner ganzen Ausdehnung gereinigt, seine Ränder ragten nicht mehr hervor, die Vertiefungen seines Grundes hatten sich geebnet und der äussere Muttermund war bemerkbar verengt. Den 12. Juni fing es von den Rändern aus zu verheilen an. Derselbe Verband wurde auch weiter hin in der oben beschriebenen Weise fortgesetzt. In dieser Zeit reichte die Gebärmutter bis zum Nabel; die Kranke klagte über häufige Stuhlverstopfung und Schmerzen in der unteren Bauchgegend. Den 25. Juni war das Geschwür zur Hälfte verheilt; alsdann verordneten wir zum Verband eine schwache Lösung von Cupr. sulf. Den 3. Juli bemerkten wir, dass der äussere Muttermund bei fortwährend fortschreitender Verheilung des Geschwüres sich immer mehr zusammenzog. Den 6. Juli zeigte sich bei der Kranken Roseola syphilitica und Intumescenz der Lymphdrüsen. Es wurden nun Einreibungen mit grauer Salbe (ʒβ täglich) verordnet. Den 10. Juli war das Geschwür völlig verheilt und der Muttermund auf die Grösse eines Pfefferkorns reducirt. Im Ganzen bekam die Kranke 18 Einreibungen und wurde am 30. Juli als gesund entlassen. An diesem Tage stand die Gebärmutter 3

Finger breit über dem Nabel; die Kranke gibt an, die Fruchtbewegungen deutlich gefühlt zu haben.

Aetiologie.

Auf den obigen Beobachtungen fussend, erlauben wir uns einige Bemerkungen über Schanker am Scheidentheil und in der Tiefe der Scheide auszusagen.

Rollet meint, dass Schanker an der Vaginalportion und in der Tiefe der Scheide erst seit Ricord, der zuerst den Mutterspiegel zum Zweck der Untersuchung venerischer Krankheiten bei Frauen anwandte, beobachtet wurden. Schankergeschwüre an der Vaginalportion entstehen wahrscheinlich meist dann, wenn der Ansteckende den Schanker an der Eichel hat und zwar nahe an der Harnröhrenmündung; dafür spricht die Beobachtung Schwarz's, die wir oben angeführt. Zweifellos ist für die Entstehung der Schanker an der Vaginalportion eine sehr günstige Bedingung die Anwesenheit selbst geringfügiger Erosionen an der letzteren und solche Erosionen der Schleimhaut kommen bekannterweise besonders bei Freudenmädchen sehr häufig vor. Die Mehrzahl der fremden Beobachtungen und auch der unsrigen spricht dafür, dass diese Geschwürsbildung meist in der Schleimhaut des äusseren Muttermundes beginnt, wo gerade am häufigsten oberflächliche Erosionen anzutreffen sind. Da wir bei öffentlichen Dirnen oft Vorwärtsbeugungen der Gebärmutter begegnen, so wird beim Coitus häufiger die vordere als die hintere Muttermundslippe durch das männliche Glied berührt und in Folge dessen finden wir Schankergeschwüre viel häufiger an der ersteren als an der letzteren. Warum wir Schankergeschwüren in der Tiefe der Scheide so selten begegnen, dafür scheinen uns die Erklärungen Fournier's, die wir am Anfange dieses Kapitels vorgeführt, ausreichend zu sein.

Diagnose.

Es ist allgemein bekannt, wie verhältnissmässig selten primäre syphilitische Verhärtungen bei Frauen angetroffen werden; in sehr vielen Fällen finden wir bei der Untersuchung von Frauen, die an Syphilis leiden, einen ausgebreiteten Ausschlag am Körper, eine bedeutende Anschwellung der Lymphdrüsen, und nichtsdestoweniger

vermissten wir jede Spur von primärer Verhärtung; wenn auch Geschwürsbildungen an den Geschlechtstheilen dagewesen sind, so bieten die dennoch entstandenen Vernarbungen keine Härte dar, die so charakteristisch für die primären Erscheinungen der Syphilis ist; es sind dies also nur gewöhnliche Narben nach Schankergeschwüren gewesen. Nicht selten habe ich die Gelegenheit gehabt, öffentliche Frauenzimmer vom Augenblicke ihres Eintrittes in's Krankenhaus zu untersuchen, wohin sie entweder mit spitzen Condylomen oder oberflächlichen Erosionen der Schleimhaut am Scheideneingange oder an den Schamlefzen, oder auch mit chronischem Katarrh der Gebärmutter, verbunden mit Erosionen an den Muttermundslippen oder endlich mit Schankergeschwüren, die keine Spur von Verhärtung zurückliessen, geschickt wurden; diese Frauen, welche während 6—8 Monate oft mehr als 10 Mal in's Krankenhaus immer wieder zurückgeschickt worden sind, zeigten auch nicht ein einziges Mal ein Geschwür mit der charakteristischen syphilitischen Verhärtung, und dennoch trat bei ihnen ein Ausschlag syphilitischer Natur auf. Diese Frauen befanden sich fortwährend in meiner Obhut und wenngleich ich niemals bei ihnen ein Leiden beobachtete, das eine allgemeine syphilitische Erkrankung hätte nach sich ziehen können, so trat bei ihnen dennoch die Syphilis auf. Man könnte einwenden, dass sich diese Kranken an ihren Schankergeschwüren ausserhalb des Spitales haben behandeln lassen können, dadurch konnten die Geschwüre meiner Beobachtung entgangen sein und inzwischen eine allgemeine syphilitische Erkrankung veranlasst haben. Dieser Einwand wird durch den Umstand beseitigt, dass die Frauen fortwährend in den öffentlichen Häusern verblieben und unter ärztlicher Controle sich befanden. In Anbetracht obiger Umstände glaube ich mich zu dem Schlusse berechtigt, dass höchst wahrscheinlich bei der Mehrzahl der an allgemeiner Syphilis leidenden Frauen, bei denen wir nach der genauesten Untersuchung keine primäre syphilitische Verhärtung an den äusseren Geschlechtstheilen entdecken können, bei denen wir aber mit Hilfe des Speculums oberflächliche mehr oder weniger ausgedehnte Erosionen am Scheidentheil constatiren — gerade in diesen letzteren die Quelle der primären syphilitischen Ansteckung, der primären Verhärtung und endlich der allgemeinen syphilitischen Erkrankung zu suchen ist.

Wie gesagt, zu diesem Schlusse berechtigen mich zahlreiche genaue Beobachtungen, namentlich an im Hospital behandelten öffentlichen Frauenzimmern, die ich seit der Zeit ihrer ersten syphilitischen, oder um weniger genau zu sein, venerischen Erkrankung weiterhin nicht aus den Augen verlor. Die definitive Diagnose der primären syphilitischen Verhärtung an der Vaginalportion wird durch den Umstand im hohen Grade erschwert, dass die normale Derbheit des Scheidentheiles hinsichtlich der Consistenz sich von der primären syphilitischen Verhärtung kaum unterscheiden lässt; oft bietet selbst ein unzweifelhaft syphilitisches Geschwür dem zufühlenden Finger keine von der normalen Resistenz des Scheidentheiles irgend merklich abweichende Härte dar. Auch dadurch wird die Diagnose bedeutend erschwert, dass in vielen Fällen die wahrscheinlich syphilitische Verhärtung ganz in der Weise verläuft, wie die einfachen Erosionen des Muttermundes.

Symptomatologie.

Was die Symptome der Schankergeschwüre an der Vaginalportion und in der Tiefe der Scheide betrifft, so unterscheiden sie sich wenig von den Symptomen solcher Geschwürsbildungen, die anderwärts auftreten. Wir begegnen hier einfachen Schankern (ulcera vener. simplicia) und zerfallenden Schankern (ulcera vener. phagedaenica). In den von uns beobachteten und oben beschriebenen Fällen haben wir Beispiele der einen und der anderen Art. Im Allgemeinen stellen solche Schanker selten kleine einfache Geschwüre dar und sind sie so beschaffen, so treten sie gewöhnlich in grösserer Anzahl auf. Häufiger haben wir es mit Geschwüren, mit dem Charakter des Zerfalles zu thun, die ziemlich schnell den ganzen Scheidentheil einnehmen und sich bis auf das Scheidengewölbe fortsetzen. Solche Schanker bestehen lange; im Mittel lässt sich ihre Zeitdauer, unseren Beobachtungen zufolge, auf mehr als 2 Monate festsetzen. Im Allgemeinen verursachten die Schankergeschwüre an der Vaginalportion gar keine Schmerzen, selbst bei Untersuchung vermittelst des Mutterspiegels; solche Kranke bemerkten jedoch, dass der weisse Fluss bedeutend zunahm und mit Eiter untermischt war. Die Mehrzahl der Schanker an der Vaginalportion wird von Schankern an dem Scheideneingange oder an den Schamlefzen begleitet.

Decursus morbi.

Der Verlauf dieser Schanker ist dem derselben an anderen Körpertheilen ähnlich, nur tritt hier ein wichtiger Umstand in's Spiel, nämlich das Vordringen des Schankers in die Tiefe des Cervicalkanales. Fournier führt in seinem oben citirten Werke einen Fall von Delmas und Combal an, die auch ein Schankergeschwür im Cervicalkanal gefunden haben sollen. Fournier selbst gibt einen Fall an, wo er bei einer seiner Kranken ein Schankergeschwür, das in die Tiefe des Cervicalkanales drang, zu beobachten Gelegenheit hatte; fügt aber hinzu, dass obgleich Schankergeschwüre in diesem Theile der Vaginalportion möglich sind, sie dennoch klinisch nicht hinreichend nachgewiesen sind.

Desprès meint, dass das Schankergeschwür in die Tiefe des Cervicalkanales dringen kann, namentlich dann, wenn schon vor der Entstehung des Schankers an der Vaginalportion und in dem Cervicalkanale sich Geschwürsbildungen, durch andere Ursachen hervorgerufen, befunden haben; ungeachtet dessen kam es bei 3 Frauen, die alle Bedingungen zur Entwickelung von Schankergeschwüren im Cervicalkanale darboten, dennoch zur Bildung solcher Geschwüre in dem letzteren nicht. In zwei anderen Fällen sah wiederum Desprès, dass Schankergeschwüre an der Vaginalportion nicht nur in den Cervicalkanal drangen, sondern auch in der Schleimhaut der Gebärmutter eine Entzündung hervorriefen, die nach ihm denselben Charakter darbot, den die die Entzündung bedingenden Geschwüre an sich trugen. Was uns anbetrifft, so scheinen die Beobachtungen I, III, VI und VIII uns zur Annahme zu berechtigen, dass hier die Schankergeschwüre nicht nur die Vaginalportion, sondern auch den Cervicalkanal einnahmen. Ob nun diese Geschwürsbildungen auf die Uterinschleimhaut übergegangen waren, ist schwer zu eruiren; die Bestätigung einer solchen Diagnose hätte nur die Autopsie sicher abgeben können und zur letzteren ist es in keinem Falle gekommen.

Die Schanker an der Vaginalportion werden meist, wie wir es schon oben angegeben, von Schankern der Scham und mit katarrhalischer Entzündung der Scheide und der Gebärmutter complicirt.

Prognose.

Die Prognose ist im Allgemeinen ernst, namentlich deshalb, weil die Mehrzahl der Schanker an der Vaginalportion phage-

dänischen Charakter zeigen; sie können bedeutende Zerstörungen an der Vaginalportion veranlassen. Berenth gibt einen Fall an, wo der Schanker an der Vaginalportion eine allgemeine Peritonäitis hervorgerufen hatte. Schankergeschwüre am äusseren Muttermunde und die, welche in den Cervicalkanal dringen, verursachen nach ihrer Verheilung durch narbige Zusammenziehung eine Verengerung des Lumens und der Mündung des Cervicalkanales. In einem der unsrigen Fälle (Beobachtung VIII) war der Muttermund kaum von der Grösse eines Pfefferkorns und die Kranke befand sich im 7. Schwangerschaftsmonat; höchst wahrscheinlich hat sie bei der Geburt Krampfwehen gehabt. Auch können diese Geschwüre bei Schwangeren die Ursache zum Abort abgeben, wozu gewiss das Einführen des Speculums behufs der örtlichen Behandlung der Geschwüre nicht wenig beiträgt; als Warnung diene unsere Beobachtung VI.

Kur.

Was die Behandlung anbetrifft, so unterscheidet sie sich in gar nichts von der Behandlung der Schankergeschwüre an den äusseren Geschlechtstheilen. Wir appliciren Tampons, in dem gegebenen Arzneimittel getaucht, ein- bis zweimal täglich vermittelst eines Speculums. Es ergibt sich von selbst, dass wir nebenbei auch den Scheiden- und Gebärmutterkatarrh behandeln.

Bei der (örtlichen) Behandlung Schwangerer müssen die Vorsichtsmassregeln, von denen wir oben gesprochen, genau beobachtet werden. Dringen die Schankergeschwüre in die Tiefe des Cervicalkanales, so müssen sie alle paar Tage mit Höllenstein in Substanz touchirt werden.

Zur Aetiologie der Psoriasis.

Von

Heinrich Köbner,

Professor an der Universität zu Breslau.

Der im vorigen Hefte dieser Vierteljahresschrift erschienene Aufsatz von Dr. Wutzdorff, betitelt: „Beiträge zur Aetiologie der Psoriasis vulgaris“ gipfelt in dem Satze, „dass die Psoriasis auf einer Anlage der Haut beruhe, worunter keine Dyskrasie, sondern vielmehr die Eigenthümlichkeit der Haut gemeint sei, auf äussere (mechanische, chemische, thermische) Reize hin unter Bildung der für Psoriasis charakteristischen Efflorescenzen zu reagiren, auf Reize hin, die in gleicher Stärke auf der Haut anderer Individuen ohne Effect bleiben oder eine Entzündung u. s. w., aber nie eine Psoriasis hervorrufen würden. Jene Eigenthümlichkeit aber sei ohne Ausnahme ererbt, niemals werde Psoriasis erworben.“

Aus den Ausführungen des Herrn Dr. Wutzdorff könnte es nun den Anschein haben, als ob er mit diesem Satze etwas Neues aufgestellt und speciell gegen den Inhalt meines im Mai 1872 gehaltenen Vortrages etwas bewiesen hätte oder bedeutend von demselben abwiche. Weit entfernt hiervon beanspruche ich vielmehr für den ersten, allein objectiv bewiesenen Theil des obigen Satzes die Priorität, während der zweite Theil, die Behauptung der ausnahmslosen Heredität, welche ich in Uebereinstimmung mit den erfahrensten Dermatologen als nur in der Mehrzahl der Fälle nachweisbar angegeben habe, auch durch Dr. W. nirgend bewiesen wird. Im Gegentheil lässt sich aus keinem einzigen gerade der Beispiele, welche von ihm als Belege für die von mir experimentell begründete und definirte eigenartige Vulnerabilität des gesammten Hautorganes der Psoriasiskranken angeführt werden, etwas auch für die Heredität derselben folgern,

und wenn wir diese letztere nicht aus hundertfachen anderweitigen Erfahrungen kennen würden, liessen uns die W.'schen Fälle gerade darüber völlig im Unklaren — von dem 7jährigen Mädchen an, dessen Eltern W. selbst ausdrücklich gesund fand, bis zu dem Patienten, bei welchem erst als Landwehrmann, und zu den zwei Damen in den fünfziger Jahren, bei welchen in diesem Alter zuerst Psoriasis ausbrach. W. vermeint, mit der blossen Anführung solcher Fälle, bei welchen er auch nicht einmal den Versuch macht, das Angeborensein der Anlage zu begründen, indem er etwaige Familien-Disposition gar nicht erwähnt, schon ihre Heredität bewiesen zu haben.

Mit der Einschränkung nun, dass ich eine blosse Behauptung für keinen wissenschaftlichen Beweis gelten lassen kann, erlaube ich mir zur Feststellung meiner Priorität in dem Grundgedanken das, wenngleich nur sehr kurze Referat über meinen citirten Vortrag aus dem Jahresberichte der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur pro 1872 wörtlich wiederzugeben. Es lautet:

„In der Sitzung der medicinischen Section am 3. Mai 1872 sprach Dr. Köbner über die Aetiologie der Psoriasis nach Vorstellung eines Falles, in welchem 5 resp. 6 Jahre nach dem Auftreten einer isolirten Plaque verschiedene traumatische Einwirkungen an ganz entlegenen Körpertheilen (Excoriationen durch Reiten, Suppuration einer consensuellen Lymphadenitis, Pferdebiss und zuletzt Tätowiren) Ausbrüche der Psoriasis zunächst genau an und in der Form der verletzten Hautstellen, später allgemeine Verbreitung zur Folge hatten. Die extensivste Wirkung auf die Eruption hatte ein Pferdebiss geübt, die stricte Localisation an den Punkten und Linien artificieller Verletzung liess sich sehr evident an den vor wenigen Wochen tätowirten Buchstaben und Figuren sehen.

Der Vortragende unterzieht nun die verschiedenen ätiologischen Auffassungen des Leidens einer kritischen Besprechung, widerlegt aus klinischen Gründen die dyskrasische sowie aus experimentellen und anatomischen die embolische Entstehung und stellt als **seine Ansicht** eine eigenthümliche, in dem Hautorgane der Psoriasiskranken selbst gelegene Disposition hin, welche meistens nachweislich hereditär, zuweilen aber erworben,

Jahre lang latent bleibe und auf die verschiedensten inneren und localen Reize stets gerade in dieser chronischen Entzündungsform der Haut reagire, gerade wie andere Hautorgane ihre Vulnerabilität durch andere, auf die verschiedensten Gelegenheitsursachen ausbrechende flüssige Transsudationsformen, wie Urticaria, Ekzem, selbst Pemphigus, kundgeben. Von diesem Gesichtspunkte erklären sich nach dem Vortragenden sowohl die Prädilectionsstellen des ersten Auftretens der Psoriasis, als besonders die nur vorübergehenden Erfolge der localen Zerstörung der einzelnen Efflorescenzen und die grosse Recidirbarkeit des Leidens. Die Therapie muss nicht blos symptomatisch, sondern auf eine Herabsetzung der Vulnerabilität des ganzen Hautorganes gerichtet sein.“

Die Absicht, meine Erfahrungen über Psoriasis und namentlich meine methodischen Experimente über die künstliche Hervorrufung derselben in extenso zu veröffentlichen, wurde nur durch mehrjährige Reisen verhindert. Aus der Reihe neuer Daten, welche ich aus meinen diesbezüglichen Studien gewonnen habe, theile ich für heute — weitere Ausführungen mir vorbehaltend — nur die beiden folgenden mit:

1. Die von mir in vielen Fällen experimentell erprobte Verwerthbarkeit der der Psoriasis vulgaris eigenthümlichen Hautreaction auf verschiedene Reize resp. Traumen zur Differentialdiagnose gegenüber dem squamösen Syphilid, bei welchem es mir niemals gelungen ist, durch artificielle Einwirkungen, z. B. durch Nadelritzungen, neue Efflorescenzen hervorzurufen.

2. Die Möglichkeit, eben jene für Psoriasis charakteristische Hautreaction unter Umständen durch therapeutische Mittel aufheben zu können.

Meran, den 22. November 1876.

Ueber die mechanische Behandlung von Hautkrankheiten.

Von Professor **Heinrich Auspitz** in Wien.

(Mit einem Holzschnitte.)

I.

Die mechanische Behandlung der Hautkrankheiten umfasst alle jene Heilmethoden, welche, im Gegensatze zu chemischen oder dynamischen Eingriffen, ausschliesslich die directe und locale Anwendung mechanischer Mittel auf die äussere Bedeckung zum Gegenstande haben.

Diese mechanischen Einwirkungen können in verschiedener Form stattfinden, je nach der Beschaffenheit der angewendeten Mittel und der Art ihrer Application:

1. Als Deckmittel in Form von Pulvern oder undurchgängigen Ueberzügen;
2. als Reibmittel, wenn die Mittel von stumpfer Form, sei es nun mit glatter oder rauher Oberfläche sind;
3. als schabende und kratzende Mittel, wenn halbscharfe, stumpf schneidende Werkzeuge angewendet werden;
4. als Stichelungs- und Scarifications-Instrumente, wenn zugespitzte, ahlen- oder lanzenartige Apparate in die Haut eingesenkt werden.

Alle diese Methoden waren schon längere Zeit in der Medizin in Gebrauch gewesen. In neuerer Zeit ist jedoch durch Volkmann die Aufmerksamkeit der Dermatologen bei der Behandlung einer Hauterkrankung (des Lupus) intensiv auf die zweite und dritte Behandlungsmethode gelenkt worden.

Es scheint nun angezeigt, die therapeutischen Zwecke, welche allen diesen Heilversuchen vorgesetzt werden, etwas näher in's Auge zu fassen und es wird sich dabei ergeben, dass diese Zwecke wesentlich dreierlei sein können. Erstens die Herstellung eines Schutzes gegen die atmosphärische Luft, womit in der Regel zugleich entweder eine Aufsaugung von Krankheitsprodukten oder eine Bähung der Haut durch Secretanhäufung als Nebenzweck beabsichtigt wird. Diese Aufgabe erfüllen die Deckmittel.

Zweitens die Reizwirkung als solche an und für sich. Dieser Indication kann sowohl das Reiben, als das Schaben mit dem Löffel, wenn sie auf intacter Oberhaut vorgenommen werden, als das Sticheln entsprechen. Es wird sich dabei in der Regel darum handeln, Entzündungs- oder Infiltrationsprocesse zur Lösung, ihre Produkte zur Resorption zu bringen, theils durch eine Einwirkung auf die peripheren Nerven oder auf die peripheren Gefässramificationen, theils in directester Weise durch Continuitätsstörung (Sticheln) mit dem Nebenzwecke localer Blutentziehung.

Drittens die Entfernung erkrankter Gewebstheile. Es entspricht diesem dritten Gesichtspunkte das Reiben mit stumpfen Mitteln, insbesondere aber die Schabmethode in jenem Sinne, wie sie von Volkmann und den nachfolgenden Autoren über diesen Gegenstand fast ausschliesslich in Betracht genommen worden ist.

Wir werden im Folgenden, indem wir zunächst die erwähnten Methoden im Allgemeinen besprechen, bei jeder derselben die in Frage kommenden Indicationen von einander zu trennen suchen, und erst bei der Besprechung der einzelnen Hautkrankheiten, welche wir der mechanischen Behandlung unterziehen, die Methoden auch in ihrer combinirten Anwendung in's Auge fassen.

1. Die Deckmittel.

Um einen Schutz für erkrankte Hautpartien gegen die atmosphärische Luft herzustellen, wendet man seit langer Zeit eine Reihe von gepulverten Substanzen an. Gewöhnlich wird hiebei der Nebenzweck der Aufsaugung flüssiger Krankheitsprodukte, z. B. des Serums bei Eczem und Pemphigus, des Eiters bei Pustelausschlägen mit in Verbindung gebracht. In manchen Fällen handelt es sich noch überdies um eine chemische oder dynamische Einwirkung solcher gepulverter Substanzen auf die

Haut, ein Moment, auf welches wir hier nur im Vorübergehen Rücksicht nehmen können.

Die so verwendeten Pulver stammen theils aus einem der drei Naturreiche, theils entstammen sie Kunstprodukten. Die gebräuchlichsten dieser beliebig miteinander zu combinirenden Streupulver sind:

Roggen- und Reismehl,
Lycopodiumpulver,
Schwertlilienpulver (Pulv. Ireos florentinae),
Venetianischer Talk,
Taufstein (Lapis Baptistae),
Federweiss (fein gepulverter Alaun, Pulvis Aluminis plumosus),
Kohlensaure Magnesia,
Gypsmehl,
Zinkoxyd,
Kohlensaures Zinkoxyd, Galmei (Calamina praeparata),
Magisterium Bismuthi,
Bleiweiss,
Tannin,
Coaltar u. A.

Dazu werden als Farbepulver am häufigsten verwendet:
Carmin,
Goldocker,
Saflor (Carthamus ruber).

Unter den mechanischen Deckmitteln sind in zweiter Reihe die impermeablen Stoffe anzuführen, deren Anwendung 1868 von Colson in Beauvais vorgeschlagen, dann von Hardy und 1869 von Hebra[1]) empfohlen worden ist.

Es kommt gegenwärtig hauptsächlich die vulcanisirte Kautschukleinwand in Gebrauch, welche durch Uebertünchen eines Baumwollstoffes mit einer Kautschuklösung und dann Behandlung mit Schwefel (Vulcanisiren) dargestellt und als ein für Flüssigkeiten undurchgängiger, glatter, auf einer Seite glänzender Stoff zu Binden, Handschuhen, Strümpfen, Hemden, Blousen, Mützen und dgl. verarbeitet wird.

---

[1]) Dieses Archiv 1869 pag. 1 ff.

Besnier[1]) verwendet nur bei zarten Kindern und als Kopfverband nicht vulcanisirten Kautschuk.

Die Wirkung dieser impermeablen Hüllen wird als analog jener eines continuirlichen Bades angesehen; dass der dem Kautschuk beigemengte Schwefel irgend welchen Einfluss habe, wird in Abrede gestellt. Man hat solche continuirlich oder in Absätzen (z. B. nur während der Nacht) zu tragende Hüllen bei den verschiedensten Hautkrankheiten versucht, in erster Linie wo die Haut erweicht werden sollte. Schliesslich haben sich die Autoren zumeist für die Anwendung des Kautschuks bei folgenden Leiden ausgesprochen: Eczeme der Hände, der Finger, der Gelenkbeugen, des Scrotum, der Füsse, insbesondere bei Rhagadenbildung und in Combination mit den gebräuchlichen Mitteln gegen Eczem (Hebra), bei nässenden Ausschlägen des behaarten Kopfes und Secretionsanomalien (Colson), bei Pocken und bei Verbrennungen (Hebra). Einstimmig sind die Autoren über den Nutzen der Behandlung bei Pruritus cutaneus und bei trockenen, mit excessiver Epidermisbildung einhergehenden Leiden, also bei Pityriasis, Xerodermie, Ichthyosis, Keratose; bei Psoriasis hat Besnier schwere Dermatitis darauf folgen gesehen, während Pick[2]) bei gewisser Form derselben ganz ohne andere Medication ausgereicht hat.

Ich wende die Kautschuktherapie niemals allein, sondern immer nur zur Unterstützung einer anderen Behandlung an; in erster Linie bei heftigem Jucken, welchen Ursprungs immer, dann bei Trockenheit der Haut. Bei Psoriasis habe ich keine Erfolge erzielt, die nicht durch eine andere Form localer Behandlung schneller erlangt wurden; bei Eczemen, wenn sie nicht ganz zu nässen aufgehört haben, wende ich den Kautschuk nicht mehr an und bei E. squamosum nur in Verbindung mit Theer u. s. w.

2. Das Reiben der Haut mit stumpfen Mitteln von glatter oder rauher Oberfläche. Durch dasselbe kann ein rein mechanischer Zweck erzielt werden, nämlich das Entfernen von Niveauerhöhungen der Haut, seien dieselben nun wirkliche Efflorescenzen wie Knötchen, Pustelchen u. s. w., oder secundäre Auflagerungen, wie Schmutz, Borken, Coagula, Pilzmassen. Es kann aber auch,

[1]) Bull. gén. de Thérap. 88, 1875.

[2]) Sitzungsb. des Prager Doct.-Coll. vom 14. Dec. 1875, siehe diese Vierteljahresschr. 1876, pag. 422.

wie schon früher erwähnt wurde, eine physiologische Einwirkung auf das Nerven- und Gefäss-System der Haut beabsichtigt werden, wie dies ja auch bei der Anwendung von Wasch- und Reinigungsmitteln auf die gesunde Haut immer als Nebenzweck vorschwebt.

Als Abreibungsmittel sind anzuführen:

a) das Wasser;

b) verschiedene Gewebstoffe, als Leinwand, Wolle, Flanell, Tuch;

c) Gewisse Naturprodukte oder Chemikalien mit rauher Oberfläche in ganzen Stücken, wie der Bimsstein, oder pulverförmig, gemahlen, zerrieben, wie gepulverter Bimsstein, Sand, Kleie etc.;

d) die Seife, insofern von ihrer chemischen Action auf die Haut abgesehen wird.

a) In Bezug auf das Wasser spreche ich hier natürlich nicht von seinen chemischen und thermischen Wirkungen. Als Abreibungsmittel wird es zum Behufe der Entfernung fremder Auflagerungen auf die Haut entweder allein, oder in Verbindung mit anderen Mitteln, z. B. Seife, verwendet. Ich habe hier nur zu erwähnen, dass die oftmalige, allzuhäufige Abreibung der Haut mit Wasser, sei es nun mehr oder weniger salzhaltig (hartes oder weiches), als ein starker Reiz angesehen werden muss, der sehr leicht zum Katarrh der Haut (den verschiedenen Formen des Eczems) führt.

b) Reibung der Haut mit verschiedenen Gewebstoffen erzeugt bei längerer und intensiverer Einwirkung einen hyperämischen Zustand der Haut. Soll daher an irgend einer Stelle der äusseren Bedeckung ein Erythem hervorgerufen werden, etwa um eine (in der That sehr problematische) Ableitung des Blutes von anderen Theilen zu bewirken, so mag man solche trockene Abreibungen anwenden, wobei natürlich rauhere Stoffe, wie z. B. Flanell vorzuziehen sind. Von feuchten Abreibungen macht bekanntlich zu diesem Zwecke die Hydrotherapie ausgiebigen Gebrauch. Bei localen Hautaffectionen ist man seltener in der Lage, Abreibungen mit trockenen Tüchern vorzunehmen.

c) Häufiger kommen zu diesem Zwecke gewisse andere Naturprodukte, insbesondere solche mit rauher Oberfläche in Anwendung.

Hieher gehört in erster Linie der natürliche[1]) Bimsstein (Lapis pumex, ponce, pumice-stone), eine blasige, schaumige Modification glasiger, vulkanischer Gesteine. Derselbe ist mit blasigen Räumen erfüllt, die entweder von rundlicher Form und unregelmässig vertheilt, oder langgestreckt und einander parallel gelagert sind. Dem entsprechend ist er entweder mehr schwammig oder faserig. Der Bimsstein enthält neben 50—75 % Kieselsäure noch 5—15 % Alkalien, hie und da etwas Chlornatrium und Wasser. Der Bimsstein, welcher zum Poliren und Glätten der verschiedensten Gegenstände, zum Radiren auf Pergament und Papier (mit Bimsstein wurden ja im Mittelalter die sogenannten Palimpseste hergestellt), in der Technologie benützt wird, kann auch zur Reinigung und Glättung der Haut im Allgemeinen und zur Beseitigung gewisser Efflorescenzformen im Besonderen gebraucht werden. Die therapeutische Anwendung des Bimssteins geschieht entweder in ganzen Stücken, deren eine Fläche durch Reiben an anderem Bimsstein geglättet worden ist, oder als Pulver mittelst eines Tuches eingerieben, in jedem Falle aber vor der Anwendung mit Wasser befeuchtet, oder endlich als Zusatz zu Seifen.

In ähnlicher Weise wie der gepulverte Bimsstein kann auch in anderer Weise gewonnener Sand zu Abreibungen bei Hautkrankheiten verwendet werden.

Der Sand, durch Zertrümmerung von Mineralien entstanden, enthält Kieselerde, Thonerde, Eisenoxyd, kohlensauren Kalk in verschiedenen Verhältnissen. Man unterscheidet insbesondere Vulkan- oder Lavasand, Verwitterungssand und Schwemmsand; letzterer, in welchen auch die beiden ersten Varietäten übergehen, wenn Wasserfluthen über sie hinweggegangen sind, unterscheidet sich durch kleine, runde Körner, durch seine geringe Veränderlichkeit und durch die geringe Beimengung von Erdkrume. Er ist vorzüglich für die Anwendung auf der Haut geeignet, und zwar in seinen beiden Hauptvarietäten, der farbigen quarzreichen und der weissgrauen kalk- und thonreichen. Erstere, deren reinste Form der feine Streusand darstellt, ist anzuwenden, wenn es sich um eine energischere Wirkung handelt. Er soll aus möglichst

[1]) In der Technologie wird auch ein künstlicher Bimsstein verwendet, der aus Thonerde oder kalkhältigem Sande mit reinem Quarzsande und gebranntem Thon im Brennofen dargestellt wird.

runden Körnern und wenig spitzen (Glimmerschüppchen) Theilen bestehen. Die kalk- und thonreiche Varietät wirkt weniger kräftig, weil sie sich mit Wasser leicht zusammenbackt und eine Art Brei bildet. Man wird gut thun, beide Arten von Sand, je nach der Beschaffenheit der Haut und des Uebels, vorräthig zu haben, wenn man von der Sandtherapie überhaupt Gebrauch machen will.

In jüngster Zeit sind in der That von Ellinger in Stuttgart[1]) Sandabreibungen bei verschiedenen Hautkrankheiten in sehr sanguinischer Weise empfohlen worden, wovon noch später die Rede sein wird. Soviel soll nur hier gesagt werden, dass der Sand irgend eine specifische Einwirkung auf die Haut keineswegs besitzt und dass seine Verwendung sich im Allgemeinen als eine etwas rohe, auch die gesunde Haut reizende Manipulation erweist. In einzelnen Krankheitsformen, bei welchen die Haut eine geringere Empfindlichkeit oder eine, durch vieles und oftmaliges Kratzen lederartige Beschaffenheit zeigt, z. B. bei Prurigo, ferner bei stark schuppenden Hautkrankheiten mit Verdickung der Hornschicht (Ichthyosis, dann Psoriasis) habe ich die Sandtherapie zur Vorbereitung und Einleitung medicamentöser Applicationen sehr gut verwenden können.

Zur Reinigung der Haut bediente man sich auch schon im Alterthum gepulverter Substanzen, so insbesondere des Mehls von Lupinen, Tomentum genannt. In ähnlicher Weise wird auch heute Kleie, und insbesondere die Mandelkleie verwendet. Dieselbe besteht aus zerriebenen Hülsen von Mandeln mit einer geringeren oder grösseren Quantität der äussersten Zellenlagen der Mandeln selbst. Je nachdem die Mandelkleie feines oder weniger feines Pulver darstellt, ist sie auch von hellerer oder dunklerer gelblicher Farbe. Die Mandelkleie wird mit Wasser oder verschiedenen Infusis zum Reinigen insbesondere der Hände verwendet, wohl hauptsächlich des in ihr enthaltenen ätherischen Oeles wegen.

d) Was die Seife betrifft[2]), so besteht ihre chemische Wirkung auf die Haut, die hier im Vorübergehen kurz zusammengefasst werden soll, in Folgendem:

---

[1]) Wiener med. Wochenschr. 1876, Nr. 45.

[2]) Siehe meine Abhandlung über die Seife, Wien, bei Tendler und Comp. 1867.

Wenn die neutralen fettsauren Salze, welche die Seife bilden, also fettsaures Kali oder Natron, mit viel Wasser zusammengebracht werden, so werden dieselben in saure und basische Salze zersetzt. Das überschüssige Alkali der letzteren wird bei jedesmaligem Zusatze von Wasser zur Verfügung gestellt sein, um neue Verbindungen einzugehen.

Das freie Alkali besitzt nun die Fähigkeit, viele Stoffe aufzulösen und mit einem Theile derselben, nämlich jenen, welche von saurer Beschaffenheit sind, neue Verbindungen einzugehen. Andere Bestandtheile des Schmutzes mögen durch die sauren, fettsauren Salze gebunden und fortgeschafft werden. Nun aber besitzt die Seife neben den Wirkungen ihres freien Alkali und ihre sauren fettsauren Alkali noch eine mehr mechanische als chemische Wirkung. Während beim Waschen mit reinem Wasser nämlich häufig nur eine Ortsveränderung des Schmutzes erfolgt, durchdringt die Seife, welche mit der Haut oder gewerblich erzeugten Stoffen stets durch Reiben in Contact gebracht wird, den in den Poren und Ausführungsgängen der Drüsen gesammelten Schmutz (welcher beim Waschen der Wäsche und von Geweben noch überdies mit der Seifenflüssigkeit durch das Auswinden herausgepresst wird), suspendirt diese Verbindung von Alkalisalzen und Schmutz in dem gebildeten Seifenschaume und hindert so den Schmutz, sich einfach auf eine andere Stelle der Haut oder des Gewebes zu begeben.

Zum Waschen der Haut ist sogenanntes weiches Wasser darum vorzuziehen, weil das harte Kalk und Magnesiasalze enthält, welche die fettsauren Salze fällen, und so einen Theil der Seife als Kalk oder Magnesiaseife in Form einer Trübung niederschlagen, also unbrauchbar machen.

Es wird also die Haut theils auf mechanischem, theils auf chemischem Wege von jenen Stoffen befreit, die sowohl von aussen ihrer Oberfläche sich nach und nach auflagern, als auch vom Blute her durch die Haut ausgeschieden und auf deren Oberfläche liegen geblieben sind, (Schweiss und Talg) und so eine Verhinderung der Thätigkeit der Haut als Athmungs- und Diffusionsmembran, sowie als Absonderungsorgan beseitigt, endlich der den civilisirten Völkern innewohnende Trieb nach Reinlichkeit befriedigt.

Die Erfahrung lehrt aber, dass sehr häufiges Waschen auch mit guter Seife der Haut ihre Glätte und Geschmeidigkeit raubt und gewisse Erkrankungen derselben im Gefolge haben kann, welche wir bei Wäscherinnen, Aerzten u. s. w. häufig genug beobachten.

Einen übertriebenen Werth für die Erhaltung der Gesundheit darf man nach dem Gesagten der Anwendung von Seife beim Waschen nicht beilegen.

Wir wissen ja doch, dass gegenwärtig noch der weitaus grössere Theil der Menschen niemals mit Seifen in Berührung kommt, und die Behauptung hat noch Niemand aufgestellt, dass hochcivilisirte Menschen, dass z. B. die sogenannte gute Gesellschaft der europäischen Culturstaaten gesünder und stärker sei, als der seifenscheue Rowdy Nordamerikas oder der ungewaschene Südsee-Insulaner.

Ebenso wenig aber ist es gerathen, der Seife als solcher, d. h. jener neutralen fettsauren Verbindung, welche wir als gute Waschseife bezeichnen, einen übergrossen Heilwerth beizulegen.

Um einen solchen durch Seife zu erzielen, müssen derselben durch ihre Zusammensetzung noch gewisse Eigenschaften beigesetzt werden, welche sie an und für sich nicht besitzt. In chemischer Beziehung geschieht dies durch einen stärkeren Gehalt derselben an Fett oder dem Fettradical (Glycerin) — die sogen. Glycerinseifen[1]) —; oder durch einen stärkeren Gehalt an freien Alkalien; hieher gehört die Schmierseife. Oder durch Zusatz fremder Stoffe, wie z. B. des Alkohols[2]), des Jods und der Jodalkalien, des Jodschwefels, des Schwefelkaliums, des Theeres, des Kamphers, Terpentins, Graphits, Eisenweinsteins, des Kreosots, des Benzoeharzes,

---

[1]) Wir halten diese seit mehreren Jahren ausserordentlich beliebten Fabrikate für wenig vortheilhaft, weil ein stärkerer Zusatz von Glycerin, wie er für die Erzeugung dieser Seifen nothwendig ist, die chemischen Eigenschaften der Seife als solcher beeinträchtigt und den Umtausch der Verbindungen, welcher sich durch das Schäumen kundgibt, vermindert. Auf excoriirten Stellen bringt überdies das Glycerin ein heftiges Brennen hervor.

[2]) Den Seifenspiritus (Sapon. kalin. 2 Th. Spir. vini gall. 1 Th., Spir. Lavand. q. l. nach Hebra's Vorschrift) wende ich nicht gern an, weil ich die Erfahrung gemacht habe, dass der Spiritus auf die Haut austrocknend und daher die Ernährung beeinträchtigend, überdies auf krankhafte Partien stark reizend wirkt. Die besten Dienste leistet die in Wien erzeugte sogenannte ordinäre Seife, welche freilich eine Kernseife, d. i. eine Natronseife

Rosmarinöls, des peruvianischen Balsams, des Borax, der Galle, des Eidotters u. a. Stoffe.

Um die mechanische Wirkung der Seife als Abreibungsmittel zu erhöhen, verwendet man die sogenannten Sandseifen, insbesondere die Bimssteinseife, indem der Seife ein grösseres oder geringeres Quantum gepulverten Bimssteins während ihrer auf kaltem Wege stattfindenden Fabrication beigemengt wird.

3. Die Methode des Abschabens mittelst des sogenannten scharfen Löffels, welche schon von Sedillot, dann von Bruns bei Knochenaffectionen angewendet worden ist und nach den neuesten Mittheilungen Bardenheuer's[1]) im Bürgerhospital in Cöln auf der chirurgischen Abtheilung Fischer's schon seit 20 Jahren bei verschiedenen Krankheiten im Gebrauch gestanden ist, insbesondere bei Lupus, Caries, bei Nekrose von Knochen zur Geschwürsreinigung, bei Epitheliomen — hat seit einigen Jahren auf Volkmann's Empfehlung[2]) bei Hautkrankheiten, insbesondere bei Lupus allenthalben Eingang gefunden.

Die dazu verwendeten Instrumente sind metallische Löffel von verschiedener Grösse, mit geschärften Rändern von verschiedenen Graden der Verjüngung. Sie werden entweder beiderseits symmetrisch geformt, oder, wie ich es vorziehe, in der Weise, dass der eine Rand abgestumpft erscheint, wodurch der Vortheil der leichteren Reinigung erzielt wird.

Ueber eine von mir gebrauchte Combination des scharfen Löffels mit einem conischen oder pyramidenförmigen Stachel werde ich später zu sprechen Gelegenheit haben.

---

und als solche schwächer ist (auf 100 Theile Fett 52 Theile conc. Natronlauge vom spec. Gew. 1·355 oder 38° Beaumés); oder wo stärkere Wirkung verlangt wird, die Schmierseife, aber nur, wenn sie sorgfältig bereitet ist, rein hell und gleichmässig gefärbt aussieht und auf der Zunge nicht brennt. Doch ist das Präparat öfter unzuverlässig. Oder endlich die sogenannte Kalicrême, eine flüssige Seife, welche bereitet wird, indem 2 Theile Cocosnussöl mit 4 Theilen Kalilauge von 1·33 spec. Gew. in gelinder Wärme verseift, sodann in 24 Theilen Wasser bis zur Bildung eines klaren Seifenleimes gelöst und schliesslich mit Lavendelöl parfümirt werden. Mit Aenderung dieses Verhältnisses werden noch drei stärkere Sorten erzeugt und in den Handel gebracht.

[1]) Indicationen zur Anwendung des scharfen Löffels. Cöln 1877.

[2]) Sammlung klinischer Vorträge von R. Volkmann, Nr. 13, 1870.

Die Application des scharfen Löffels bei Hautkrankheiten geschieht bisher zumeist aus zwei Gründen:

1. um aufgelagerte Krankheitsprodukte von der Haut zu entfernen;

2. um eingelagerte Krankheitsprodukte aus der Haut herauszuschaben (évidement).

Es handelt sich dabei offenbar um ein Schneiden in der Fläche des Horizonts, oder um ein Abziehen horizontaler Lamellen.

An und für sich ist die normale, von gesunder Oberhaut bedeckte Haut nicht geeignet dazu, die Epidermis setzt dem Löffel einen zu bedeutenden Widerstand entgegen. Sowie aber das Gefüge der letzteren durch irgend eine Ernährungs-Veränderung erschüttert, die Intercellularsubstanz gelockert worden ist, wird die Epidermis durch den horizontalen Zug und Druck schichtenweise abgelöst.

Ist sie auf diese Weise einmal entfernt, oder hatte sie von vorne herein sich in ein secundäres Krankheitsprodukt, eine Schuppe oder Borke umgewandelt, oder war sie endlich schon verloren gegangen, und es liegen die tieferen Schichten des Malpighi'schen Netzes oder gar der Papillarkörper blos; dann erfolgt die Lösung der einzelnen Schichten vermittelst des scharfen Löffels mit geringen Hindernissen.

Im Allgemeinen lässt sich der Satz aussprechen, dass die Abschabung vermittelst des scharfen Löffels um so leichter gelingt, je reicher ein von der Norm abweichendes Gewebe an zelligen Elementen ist. In der verschiedenen Resistenz eines solchen Gewebes im Vergleich mit der normalen liegt der Hauptwerth der Ausschabungsmethode, weil dadurch die Möglichkeit gegeben ist, die Grenze zwischen gesundem und erkranktem Gewebe sofort wahrzunehmen, alles Krankhafte zu entfernen und alles Gesunde intact zu lassen.

Es ist schon wiederholt darauf aufmerksam gemacht worden, dass man, so lange das Schaben in krankhaften Geweben erfolgt, ein eigenthümliches Knirschen hört, welches das Schaben im gesunden Gewebe nicht verursacht. Dieses Knirschen entsteht aber an der Grenze zwischen krankem und gesundem Gewebe und zwar dadurch, dass die zertrümmerten Partikelchen des kranken Gewebes als eine Art Schmirgel fungiren und bewirken, dass der

glatten Oberfläche des Löffels eine ebenfalls geglättete Fläche entgegentritt.

Es ist begreiflich, dass der scharfe Löffel nur zur Entfernung solcher Gewebstheile geeignet ist, welche ihm durch ihre etwas grössere, flächenartige Ausdehnung genügenden Spielraum verschaffen. Handelt es sich aber etwa um Infiltrationen von Punkt- oder Tropfenform u. dgl., so muss das Instrument durch ein anderes ersetzt werden, wovon später beim Lupus die Rede sein wird.

Bisher wurde von der Schabmethode nur gesprochen, insoferne sie die Entfernung auf- oder eingelagerter Krankheitsprodukte bezweckt. Es gibt aber beim Schaben, sowie bei allen mechanischen Behandlungsmethoden der Haut, wie früher schon erwähnt worden ist, noch eine Heilwirkung derselben, die eigentlich ein theilweise physiologisches Gepräge trägt: es ist dies die Reizwirkung des Schabens. Es ist vielleicht möglich, dass durch systematisches Abschaben einer erkrankten aber nicht in ihrer Continuität gestörten Hautfläche wesentliche Erfolge erzielt werden können, welche näher in's Auge gefasst werden sollten.

4. Die Stichelung oder multiple punktförmige Scarification ist eine Behandlungform, welche angeblich schon von den Hippokratikern angewendet wurde, indem sie mit den scharfen, stachligen Köpfen der „Ataktylis“ Einschnitte herstellten. In Form der Acupunctur und Elektropunctur hat sie sich in der Medicin erhalten und ist insbesondere zu Zwecken der Resorption noch im Gebrauch.

Der Mechaniker Baunscheidt in Bonn, ein unwissender „Naturarzt“, hat in den 50er Jahren das Princip der Stichelung in seinem „Lebenswecker“, einem Bündel mehrerer Acupuncturnadeln, welche durch eine Spiralfeder vorgeschnellt und in die Haut eingesenkt werden, als Panacée gegen alle Krankheiten in Anwendung gebracht, jedoch mit der Punction die Einreibung eines mässig reizenden, Bläschenbildung bewirkenden Oeles verbunden. Der Baunscheidtismus hat enormes Glück gemacht, das von Unsinn und Marktschreierei strotzendes Buch des Erfinders hat die 12. Auflage erlebt und ist fast in alle Sprachen übersetzt worden. Ich hatte Gelegenheit eine lappländische Familie zu behandeln, welche während der Weltausstellung 1873 in Wien gezeigt wurde und

wegen angeblich bei ihr ausgebrochener Pocken in mein Pockenspital gebracht wurde. Die Pocken stellten sich als Baunscheidt-Pusteln heraus und zugleich erfuhr ich, dass in Lappland der Baunscheidtismus allgemein verbreitet und gegen alle Krankheiten angewendet sei. Die Familie wurde natürlich sofort nach gestellter Diagnose weggeschickt, allein der kurze Aufenthalt im Spitale hatte genügt, die Familienmutter mit Blattern zu inficiren. Sie ist auch, nach Ausbruch des Exanthems in das Spital zurückgebracht, in demselben an den Blattern gestorben.

1865 hat Dubini die rein mechanische Behandlung des Lupus mit dem Lebenswecker, jedoch ohne Mückenöl angewendet.

Volkmann endlich hat die in der citirten Schrift angerühmte als die beste Behandlung des Lupus empfohlen, wenn eine nicht ulcerirte, aber diffuse Infiltration vorhanden, oder doch die Haut abnorm geschwollen und vascularisirt ist. Seither wird diese Methode, wenn sich auch die übersanguinischen Hoffnungen Volkmann's nicht erfüllt haben, mit grosser Vorliebe angewendet, häufig in Combination mit einem Aetzmittel, so dass eigentlich die Methode Baunscheidt's vollständig wieder zu Ehren gelangt ist, freilich in ganz anderer Absicht, als sie dem Erfinder dieser Panacée vorgeschwebt hatte.

Die Operation wird entweder mit einem ganz spitzen, sehr schmalklingigen Messer nach Volkmann ausgeführt, indem dicht bei einander hunderte, ja tausende von Einstichen, zwei Linien tief und tiefer in die befallenen Hautstellen gemacht werden, oder man wendet eine schmale Lanzette an, etwa eine Impf-Lanzette ohne Rinne oder eine Staarnadel, oder endlich man macht von dem Ernst Veiel'schen Instrumente Gebrauch, welches ein Bündel von sechs Lanzettchen enthält, die zugleich eingestochen werden.

Ich habe mich in neuerer Zeit bisweilen des Aderlassschnäppers bedient, wo es sich um grössere Flächen handelte.

Der Blutverlust ist bei verschiedenen Erkrankungen ein verschiedener, meist ein grosser, wird aber nach wiederholter Stichelung immer geringer. Narben bleiben nicht zurück.

Auch diese Form der mechanischen Behandlung wirkt, wie schon Volkmann angibt, in doppelter Weise ebensowohl durch Verödung neu gebildeter oder erweiterter Gefässe, als durch directe traumatische Reizung degenerirter Gewebe. Ueberdies unterstützt

man öfter die Stichelung noch durch nachträgliche Aetzung, so z. B. mit Ferrum sesquichloratum, mit Carbolsäurelösung, mit Chlorzink, caustischem Kali, Silbersalpeter, Jodglycerin, Arsenikpasta, u. s. w.

II.

Wir wollen nun die mechanische Behandlung einzelner Hautkrankheiten besprechen und beginnen mit den einfach irritativen Vorgängen und den oberflächlichen Entzündungsformen der Haut, welche den Katarrh der Haut constituiren, und als Eczeme bekannt sind. Für die Behandlung der Eczeme sowie für die ganze Localtherapie der Hautkrankheiten hat Hebra die massgebenden Grundsätze längst aufgestellt und auch die mechanische Behandlung von Eczemen wie anderer Dermatosen wird als ein Ausfluss jener klassischen Principien anzusehen sein.

So lange die Erscheinungen der arteriellen Fluxion überwiegen, d. i. im erythematösen Stadium des Eczems und im Beginne der Transsudation, ist für diese Behandlung nur Raum, so weit es sich um mechanischen Schutz der erkrankten Haut und um Befreiung derselben von ihren eigenen, die Unterlage corrodirenden, sie durch Bildung unebener Borken mechanisch reizenden Entzündungsprodukten handelt. Diesem Zwecke entsprechen die Streupulver, von welchen früher die Rede war. Sie werden also bei acuten Eczemen, bevor noch Exsudation an der freien Oberfläche vorhanden ist, beim erythematösen, papulösen, vesiculösen, pustulösen Eczem (Eczema rubrum Willan, Lichen agrius Willan, Ecz. impet. und Porrigo Willan), als vortreffliches Deckmittel aufgetragen und häufig erneuert. Ist das Stadium des rothen (Eczema rubrum Hebra), nässenden Eczems erreicht, in welchem die Exsudation an der freien Oberfläche reichlich zu sein pflegt, dann dienen dieselben Streupulver als vortreffliche Aufsaugungs- und Abtrocknungsmittel. Insbesondere dann, wenn die Kranken, wie dies z. B. bei universellen Eczemen öfter geschieht, kein Fett vertragen, wird man diese Streupulver kaum entbehren können.

Anders verhält es sich, sobald Eczeme aus dem Stadium der arteriellen Fluxion getreten sind. Bekanntlich tritt, nachdem die Höhe der Entzündung und der flüssigen Ausscheidung erreicht ist, bei ecze-

matösen Processen in der Regel ein Zustand ein, der sich einerseits durch eine passive Hyperämie (gehinderten Rückfluss durch die Venen, gehinderte Absorption durch die Lymphgefässe); anderseits durch eine Störung des Verhornungsprocesses der Epidermis (Abschuppung) ausspricht und von Willan als Psoriasis guttata, diffusa, palmaris, von Cazenave als Eczema squamosum bezeichnet worden ist. Dieses Stadium des Eczems bildet, wenn der Process zur Heilung geht, die Schlussstation. Eine Beschleunigung des Verlaufes kann durch gewisse Mittel erzielt werden, unter welchen Theerpräparate, Mercurialien, Macerations-Umhüllungen eine wichtige Rolle spielen. Für die mechanische Therapie aber sind solche Fälle, besonders wenn sie auf kleinere Stellen beschränkt und plaqueförmig angeordnet sind, in der Richtung geeignet, dass das Schabeisen in leichtem Zuge über die leicht schuppende Hautstelle hinweggeführt und so ein mässiger Reiz auf die Haut ausgeübt, die Schuppen zugleich entfernt und die Haut für die Auftragung dünner Schichten von Theer u. s. w. blosgelegt wird. Dasselbe kann aber auch durch einfache (nicht stark reizende, nicht etwa gar freies Alkali enthaltende, also nicht ätzende Seifen), erzielt werden.

In höherem Grade ist für die mechanische Behandlung das eigentliche chronische Eczem im engeren Sinne geeignet, d. h. jener Infiltrationsprocess, der — analog dem nach Schleimhautkatarrhen bisweilen zurückbleibenden Zustande — sich als organische Gewebsveränderung der Haut längere Zeit fortschleppt, und dessen klinische Zeichen sind: Dunkle, venöse Röthung, die unter dem Fingerdruck nur theilweise schwindet, Verdickung und ödematöse Schwellung des Gewebes, eine rauhe, unebene, von Rissen und Schrunden durchzogene, sich leicht excoriirende und leicht an einzelnen Stellen seröse Flüssigkeit absondernde, von kleien- oder schuppenförmig sich abblätternden Epidermis-Lamellen bedeckte Fläche. Dies ist das Bild des chronischen Eczems der Hände bei Bäckern, Wäscherinnen, Metallarbeitern, welches als Typus dienen kann.

Hebra jun. hat in einem kürzlich erschienenen Aufsatze über die Anwendung des Schabeisens bei Hautkrankheiten [1]) ange-

---

[1]) Wiener med. Wochenschr. Siehe d. Vierteljahresschr. 1876 p. 423 ff.

deutet, dass in solchen Eczemfällen mit dem Schablöffel mancherlei zu erzielen sei und dadurch das Kali causticum, welches Hebra sen. in solchen Fällen seit Jahren mit Vorliebe angewendet hatte, ersetzt werden könnte.

Dagegen haben Bardenheuer[1]), der es in 8 Fällen versuchte, und Campana[2]) Bedenken geäussert.

Ich habe in einer Anzahl von Fällen guten Erfolg von folgender Behandlung gesehen: — dabei lasse ich die Frage der Allgemeinbehandlung bei Seite, welche bei Eczemen bisweilen, aber bei weitem in den selteneren Fällen angezeigt ist, nämlich dann, wenn der Hautkatarrh als Symptom einer Allgemeinerkrankung oder als Secundär-Affection bei Krankheit eines anderen Organes anzusehen ist, analog vielen Schleimhautkatarrhen. — Zuerst werden die Schuppen und Krusten durch mehrere Stunden vermittelst eines auf Leinwand gestrichenen Fettes (am besten des Ung. Diachyli Hebra, modificirt durch R. W. Taylor, indem statt Olivenöls, Mandelöl zugesetzt und die Procedur im Wasserbade vorgenommen wird), oder, wenn die Haut sehr trocken ist, durch eine impermeable Einhüllung (mit vulcanisirter Kautschuk-Leinwand) entfernt. Hierauf reibe ich die Stelle mit einer Sandseife oder mit Bimsstein in Stücken, oder mit kleinkörnigem Sande (nach Ellinger) ab, indem ein befeuchteter Flanell-Lappen jedesmal in den Sand eingetaucht wird. Diese Sandabreibung darf bei Eczem nicht mit übergrosser Force und nur so lange fortgesetzt werden, als sich nicht in grösserem Massstabe Excoriationen der eczematösen Partie bilden. Hierauf wird die stark geröthete, glänzende, mit einzelnen, dunklen rothen Punkten besetzte Haut, wenn sie nicht in grossem Umfange secernirt, mit einer sehr dünnen Lage reinen[3]) Theeröls (Ol. cadinum oder rusci) gut eingerieben und abermals mit Kautschukleinwand bedeckt.

Diese Manipulationen werden täglich ein- bis zweimal vorgenommen, hie und da wird ein Tag freigelassen, an welchem das Eczem einfach mit Salbe verbunden bleibt.

---

[1]) a. a. O.

[2]) L' Abrasoio nelle dermopatie. Broch. 1876.

[3]) Ich wende die von Manchen empfohlene Mischung mit Spiritus aus denselben Gründen nicht an, welche oben gegen die Anwendung von Seifenspiritus geltend gemacht worden sind.

Mit dieser Methode gelingt es oft, bei recht hartnäckigen Eczemen die Infiltration des Gewebes zu heben und so das Uebel zum Schwinden zu bringen. Sandabreibungen habe ich vornehmlich bei Eczemen der Ohren, der Stirne, des Nackens, der Extremitäten, besonders der Handteller und Füsse, aber immer mit Vorsicht angewendet. Nicht zu empfehlen sind sie bei Eczemen der Genitalien, des Nabels, des Gesichtes und überhaupt an Stellen, deren Haut einer strafferen Unterlage entbehrt.

Die Schabmethode wende ich bei Eczemen nur selten an und immer nur als Reizmittel, wie oben auseinandergesetzt wurde, niemals bis zur Abschürfung der Epidermis. Es ist gewiss nicht schwer, ein local beschränktes Eczem unter allen Umständen zu heilen, wenn man die Oberhaut abreisst, eine Wunde setzt und sich eine Narbe bilden lässt. Das kann man mit Arzneimitteln auch erreichen — aber eine Heilung des Eczems darf das eben so wenig genannt werden, als die tiefe Aetzung einer katarrhalisch erkrankten Schleimhaut mit Zurückbleiben von Schleimhautnarben für eine Heilung des Katarrhs ausgegeben werden könnte.

Auch von der multiplen Scarification habe ich bei Eczemen keine Erfolge zu verzeichnen; in einem Falle von Stauungseczem der unteren Extremitäten bei einem Manne mit Varices musste ich sehr bald davon ablassen, da die scarificirten Stellen zu zerfallen und zu ulceriren drohten.

Psoriasis.

Hebra jun. gibt an, dass durch Schaben mit dem Löffel eine Vergrösserung der kleinen Anfangs-Efflorescenzen hintan gehalten werden könne. Recidive treten nach diesem Autor auch auf ausgekratzten Stellen auf. Diesen Angaben schliesst sich auch Wigglesworth[1]) an.

Campana[2]) verspricht sich vom Schablöffel nur in solchen Fällen von Psoriasis Nutzen, in welchen „unter den Schuppenhügeln das Malpighi'sche Netz in Form von weichen Knötchen und Wucherungen erhoben ist, deren Structur und Verlauf nicht

---

[1]) The Boston medic. and surg. Journ. Nr. 6, 10. Februar 1876, American Archives of Dermatol. II. 1876, pag. 332.

[2]) a. a. O.

immer die gleichen sind" und über deren Natur sich der Verf. nicht weiter ausspricht.

Bronson[1]) hält den Schablöffel bei Psoriasis nur zu dem Zwecke geeignet, um die Schuppen zu entfernen und gebraucht hiezu ein Instrument mit etwas verlängertem Löffel. In diesem Sinne hält er aber das Instrument für sehr vortheilhaft, besonders bei gleichzeitiger Theerbehandlung.

Bardenheuer hat in 7 hartnäckigen Fällen, wo die Haut stark verdickt und infiltrirt war, die Ausschabung mit flachem Schabeisen gemacht und nachträglich Umschläge mit einer leichten Sodalösung 1 : 200 applicirt. Die Methode Bardenheuer's war die wirkliche Auskratzung, nicht die oberflächliche Schuppen-Entfernung. Beweis dessen ist die Angabe, dass er die Operation bei Psoriatischen immer in der Chloroformnarkose gemacht habe, und ferner der Umstand, dass in mehreren seiner Fälle schon nach einmaligem Auskratzen die Haut ganz glatt geworden sei. Doch blieben in mehreren Fällen auch bei dieser Behandlung Recidive nicht aus. In einem Falle von ausgebreiteter Psoriasis schabte B. den Kopf zum Theile ab; die abgeschabte Stelle war rasch geheilt, während der übrige Theil der Kopfhaut sich ausserordentlich hartnäckig erwies. Eine späteres Recidiv ergriff den geschabten Theil ebenfalls nicht, und zum Ueberfluss war auch der Haarwuchs an dieser Stelle nicht verloren gegangen.

Im Ganzen erzielt B. durch die Ausschabung bei Psoriasis raschere Heilung, das Recidiv hat er dadurch in einigen Fällen hintangehalten.

Ich muss mich ganz entschieden gegen eine Anwendung des scharfen Löffels bei Psoriasis aussprechen. Meine Versuche haben gezeigt, dass die Anwendung desselben in mässiger Tiefe, — also nur bis zum Blossliegen der rothen Fläche mit den vielen kleinen Blutpunkten, welche sich nach Abstreifen der Schuppen jedesmal als Basis der Plaques zeigt — die sofortige Wiedererzeugung von Schuppen keineswegs hindert, wenn sie nicht sehr häufig vorgenommen wird. Dasselbe Resultat wird aber eben so gut oder noch besser durch Abreibungen mit Bimssteinseife, Sand oder auch einfach durch mit Seifenschaum benetzte rauhe Tücher erzielt.

---

[1]) Amer. Arch. of Derm., Jahrg. 1876, pag. 333.

Ich habe in einigen Fällen tägliche Sandabreibung bei Psoriasis nummularis an den Extremitäten, aber in Combination mit Einpinslung von Liq. ferri sesquichl. (1 : 2 Wasser) angewendet und glaube eine schnellere Heilung erzielt zu haben. Recidive dürften wohl auch in diesen Fällen nicht ausbleiben.

Was aber das wirkliche Auskratzen betrifft, ist der Eingriff offenbar nicht im Verhältniss zu den zu erreichenden Wirkungen. Ich glaube selbst, dass sich der eine Fall von Psoriasis capillitii, den Bardenheuer erzählt, anders deuten lassen dürfte, dass er aber keineswegs, entgegengehalten meinen Erfahrungen, zum Ausschaben von Psoriasis-Plaques, noch weniger aber jener diffusen Formen von Psoriasis, deren Typus die Ps. des behaarten Kopfes bildet, ermuthigen dürfte. Bei grosser Ausdehnung des Leidens, bei jenen inveterirten Fällen, wo die Plaques-Bildung ganz in eine allgemeine Affection aufgegangen ist, wo das Leiden bisweilen einen so ernsthaften Charakter annimmt, dass es der Pityriasis rubra idiopathica nahe tritt, und wie diese mit Phthise endet — verbietet sich die Auskratzung, ja auch nur die oberflächliche Anwendung des Schablöffels von selbst.

Was endlich die Stichelung betrifft, würde a priori etwas von ihr zu erwarten sein, da ja Gefässerweiterung im Papillarkörper bei B. jedenfalls eine grosse Rolle spielt. Versuche, welche damit angestellt wurden, haben — natürlich auch nur in Fällen, wo es sich um scharf umschriebene Plaques handelt, — die Röthung der Basis und das leichte Bluten derselben nach öfterer Anwendung zum Schwinden gebracht. Den täglich vorgenommenen Stichelungen musste jedesmal eine Entfernung der Schuppenanlage durch Fettumschläge, Seifen- oder Sandabreibungen vorausgegangen sein. Im Ganzen ist diese Therapie indessen eine für die Patienten wenig angenehme und gegen Recidive schützt sie, so viel ich erfahren habe, ebenso wenig als irgend eine dieser Behandlungsmethoden. Ich füge bei dieser Gelegenheit im Vorbeigehen hinzu, dass ich in den letzten Jahren Versuche auch mit anderen Mitteln bei Psoriasis angestellt habe, insbesondere mit Extractum Secalis cornuti Ph. Austr. (analog mit Lombroso's Maistherapie) sowohl innerlich, als durch Injectionen (im Verhältniss von 3 : 20 Wasser). Meine Versuche sind nicht von Erfolg begleitet gewesen.

In einem Falle von inveterirter diffuser Psoriasis bei einem 40jähr. Manne, der sich Jahre lang in Spitälern herumgetrieben hatte (Oberenser Prot. Nr. der allg. Polikl. 203, 1872 u. 1634, 1873) hat sich unter dem Gebrauche von Secale cornutum innerlich und subcutan wohl eine Verminderung der Abschuppung und der Röthung vollzogen, es traten aber dafür kleine umschriebene Bläschen und Blasenbildungen ein, welche sich schliesslich zu einem vollständig charakteristischen chronischen Pemphigus mit grossen Blasen entwickelten. Der Patient wurde zugleich immer marastischer und erlag nach mehreren Monaten einer Pneumonie. Es hat sich in diesem Falle klar herausgestellt, was mir längst in Betreff der Pathologie des chron. Pemphigus vorgeschwebt hatte, dass derselbe nicht unter die Entzündungsprocesse der Haut zu zählen, sondern als eine herdweise auftretende Deficienz des Verhornungsprocesses der schlecht genährten Zellen des Malpighi'schen Netzes aufzufassen sei. Die Blasen, welche ja auch in ihrer Entwicklung und in ihrer klinischen Erscheinung keinerlei Symptome einer arteriellen Fluxion zeigen, sind keine Entzündungsefflorescenzen, sondern Druckwirkungen, durch die mangelhafte Resistenz der anomalen Epidermis gegenüber dem Blutdrucke in den Gefässen der Cutis hervorgebracht.

Prurigo.

Ellinger [1]) gibt an, Prurigo bei jugendlichen Individuen durch Sandabreibungen beseitigt zu haben. Da jedoch die Prurigo kleiner Kinder gewöhnlich keine grosse Hartnäckigkeit zeigt und sich erst später in manchen Fällen zu jenem obstinaten Leiden herausbildet, welches sie bei Erwachsenen darstellt, so ist der Erfolg dieser Therapie nicht hoch anzuschlagen.

Bei ausgebildeter Prurigo habe ich übrigens die Sandabreibungen zur Unterstützung der sonstigen Behandlung (Seife, Theer, Schwefelpräparate) immerhin gut verwendbar gefunden. Die verdickte, durch die vielen Kratzangriffe weniger empfindlich gewordene Haut verträgt den Sand recht gut und es tritt in der That bei täglicher Abreibung schon nach wenigen Tagen Verminderung des Juckens und der Knötchenbildung ein.

---

[1]) a. a. O.

Lupus vulgaris.

Es ist oben erörtert worden, dass die Auslöfflung lupöser Hautinfiltrate zuerst im Jahre 1870 durch Volkmann in grösserem Massstabe geübt und empfohlen worden ist. Seitdem sind von mehreren Seiten Erfahrungen über diese Therapie veröffentlicht worden. So von Schede[1]), der sich dem günstigen Urtheile Volkmann's anschloss, von Sesemann[2]), der eine Heilung nach einmaligem Schaben beschreibt, von Kaposi[3]), der sich der Methode gegenüber etwas skeptisch verhält, von I. Neumann[4]), der zugibt, dass die Behandlung dadurch wesentlich abgekürzt werde, von Hebra jun.[5]), der die Verhinderung der Narbenbildung beim Auskratzen des Lupus als wesentlichen Vortheil betrachtet, von Haderup[6]). der auf Koning's Klinik in Kopenhagen vier Fälle beobachtete und einen Fall von Lupus der Nasenschleimhaut genau beschrieb, in welchem jedoch wie es scheint, bloss Besserung erzielt wurde, von Aubert[7]) und Wigglesworth[8]), die sich den Anschauungen von Hebra jun. anschliessen, endlich von Bardenheuer, der bei 49 Individuen mit Lupus den Löffel anwendete, während kleine Knötchen durch drehende Bewegungen mit einem Myrtenblatt ausgebohrt wurden. Doch hat er sowie mehrere andere der erwähnten Autoren es für nothwendig erachtet, nach der Ausschabung mit einem Aetzmittel (dem Chlorzinkstift) kräftig zu touchiren, bisweilen auch in hartnäckigen Fällen eine Schwitzkur nachzuschicken. Er hält die Ausschabung von allen Behandlungsmethoden des Lupus für die einfachste und wirksamste, die ausserdem die Recidive am längsten hintanhalte.

---

[1]) Ueber den Gebrauch des scharfen Löffels bei der Behandlung von Geschwüren. Halle a/S. 1872. Broch.

[2]) Canstatt's Jahresber. 1872.

[3]) Hebra und Kaposi, Lehrb. d. Hautkrankh. II. Bd.

[4]) Lehrb. d. Hautkr., 4. Aufl. 1876.

[5]) a. a. O.

[6]) Ugetkrift for Laeger 3dje Roekke XX. 9.

[7]) Du raclage dans les maladies de la peau. Lyon méd. 9. April 1876.

[8]) a. a. O.

Was die Stichelung betrifft, hat sie, wie schon erwähnt, ebenfalls Volkmann zuerst bei Lupus empfohlen und ihren Werth als einen nahezu absoluten hingestellt. Seither ist der Erfolg der Stichelung bei Lupus von mehreren Autoren wohl nicht weggeläugnet, aber als ein keineswegs unausbleiblicher hingestellt worden. Man hat übrigens hie und da den Scarificationen Aetzungen folgen lassen, so Campana mit Ferrum sesquichloratum.

Meine Erfahrungen in Betreff der mechanischen Behandlung von Lupus vulgaris haben mich nun Folgendes gelehrt:

Es gibt keine Heilung des Lupus ohne Zerstörung und Entfernung des krankhaft veränderten Gewebes. Diejenige Methode, welche diese Zerstörung am radicalsten erzielt, schützt am meisten vor Recidiven. Die beste Lupusbehandlung ist also die Excision oder besser Circumcision der erkrankten Haut. Allein bei flächenartiger Ausbreitung, welche dem Lupus in vielen Fällen eigen ist, wird dieser Methode nur ein beschränkter Bereich geboten; anderseits bleibt die Narbenbildung nach der Operation immer eine bedenkliche Zugabe. An die Stelle der Excision müsste somit in den meisten Fällen eine Methode treten, welche die Infiltrate des Lupus direct angreift und in loco zerstört.

Man hat in dieser Richtung bisher den ausgiebigsten Gebrauch von Aetzmitteln aller Art gemacht, immer haben sich dieselben am kräftigsten erwiesen, wenn es sich um punktförmige Lupusherde handelte, denen mit dem Arg. nitr., dem Kali caust., dem Chlorzink in Stäbchenform beizukommen war. Flächen-Infiltraten gegenüber ist die Stäbchenform des Aetzmittels begreiflicher Weise schwer zu verwenden. Der Gebrauch von Lösungen aber lässt beim Einpinseln jeden Massstab für den Tiefen-Durchmesser der Erkrankung und für die nöthige Tiefe des Eindringens gänzlich vermissen, während dem Stäbchen ein je nach dessen Eindringen in krankes oder gesundes Gewebe wechselnder Widerstand begegnet und dadurch die Manipulation regulirt.

Man sieht, dass die Aetzmittel bei Lupus viel zu wünschen übrig lassen. Es muss daher ein Mittel willkommen sein, welches flächenartige Infiltrate zu entfernen vermag und welches zugleich die strengste Differenzirung in seinem Verhalten gegen gesundes und krankes Gewebe und also auch in seiner Anwendung beiden gegenüber zulässt. Ein solches Mittel ist der scharfe Löffel. Es

wäre jedoch irrig zu glauben, dass jeder Lupus mit dem scharfen Löffel geheilt werden könne. Er reicht nicht aus, wenn es sich um grössere Lupusflächen handelt, die nicht etwa eine gleichmässig infiltrirte Partie oder ein Lupusgeschwür oder einzelne Lupusknötchen zeigen, sondern an welchen die verschiedenen Lupusstadien neben einander auf einer dunkelroth gefärbten, stark venös hyperämischen, ödematösen Basis aufsitzen, die breiter ist, als die Summe der darauf sitzenden Lupusefflorescenzen. Zuweilen gesellt sich hiezu eine tief in's subcutane Bindegewebe reichende Bindegewebshypertrophie mit Lymphgefäss-Erkrankung, so dass der Lupus auf einer echten pachydermatischen Basis aufsitzt. Es ist dies der sogenannte Lupus hypertrophicus, Lupus avec hypertrophie (Cazenave[1]). Da es sich in diesen Fällen um einen ausgebreiteten hyperämischen Halo handelt, nebst tiefen venösen und lymphatischen Stauungserscheinungen, so kann natürlich der scharfe Löffel nicht die ganze geröthete Partie auskratzen. Allein

---

[1]) Die Bezeichnung Lupus hypertrophicus ist gegenwärtig eine unbestimmte geworden. Cazenave und Schedel (Biett) hatten ursprünglich (Abrégé pratique des maladies de la peau, 3. Aufl. 1838, pag. 421) dieselbe im obigen Sinne, also für den Lupus mit Pachydermie und Oedem gebraucht. Fuchs (die krankhaften Veränderungen der Haut, 1840, pag. 552) substituirte hiefür den Namen Lupus tumidus. Diese Lupusform kommt am häufigsten im Gesichte, aber auch an anderen Körperstellen vor. Als Lupus exuberans bezeichnet Fuchs jenen Lupus, der, an den Händen und Füssen am häufigsten, durch Wucherungen von höckerigen, leicht ulcerirenden Massen charakterisirt ist. Cazenave hatte pag. 423 ausdrücklich hervorgehoben, dass diese letztere Lupusform eine von der früheren ganz verschiedene Form von Hypertrophie darstellt, ohne ihr jedoch eine besondere Bezeichnung zu geben. Ich selbst habe in meiner Abhandlung über Lupus (die Zelleninfiltrationen der Lederhaut bei Lupus, Syphilis und Scrophulose. Wiener mediz. Jahrbücher, 1865) zuerst die Concurrenz mancher Lupusformen, besonders im Gesichte mit Elephantiasis Arabum hervorgehoben und diese Form, welche dem von Cazenave geschilderten Lupus avec hypertrophie entspricht, als Lupus hypertrophicus, die wuchernde Form nach Fuchs und Hebra als Lupus exuberans bezeichnet. Spätere Autoren jedoch, z. B. Kaposi, Lang, haben diese Definitionen wieder verschoben und von ihnen wird als L. hypertrophicus bald der elephantiatische Lupus, bald der L. exuberans Fuchs, die Framboesie der Autoren bezeichnet. Ich halte es für gerathen, meine Nomenclatur als die klarste und unterscheidendste beizubehalten.

das Fortbestehen dieses Hofes genügt, auch nachdem alle wirklichen Knoten und Geschwüre wirklich ausgekratzt sind, um den Lupus recidiviren zu machen.

Für diese Fälle ist die multiple Stichelung ein vortreffliches Mittel.

Dass die Stichelung im Stande sei, ausgebildete Lupusknoten zur Verödung zu bringen, ist auch von Volkmann nicht behauptet worden; wohl aber hat er ihren Erfolg eben sowohl bei den von Anfang an nicht mit Geschwürsbildung verbundenen Formen, als zur Beseitigung der an den ausgekratzten Partien sowie in ihrer Umgebung zurückbleibenden blaurothen Flecke, die ungemein zu recidivirenden Lupuseruptionen disponiren, hervorgehoben.

Wir haben somit in der Auskratzung mit dem Löffel ein gutes Mittel gegen flächenartige Lupusinfiltrate von nicht zu grosser Ausdehnung und gegen die lupösen Geschwüre, in der Stichelung ein gutes Mittel gegen die lupöse Hyperämie der Basis kennen gelernt.

Gegen die frischen Lupusknötchen, die als die eigentlichen Lupusherde den Beginn des Processes auf der gesunden Haut, sowie dessen Recidive auf der Lupusnarbe darstellen, gibt uns aber weder der scharfe Löffel, noch die Stichelungslanze ein entsprechendes Mittel. Es bliebe hier nur der Aetzcrayon als einziges Mittel, der aber in der Regel bei der Menge der auftretenden Knoten nicht ausreicht.

Ich habe nun in dieser Richtung folgende Methode in Anwendung gebracht:

Ich lasse einen scharfen Löffel an der Rückseite mit einem pyramidenartigen oder conischen Stachel versehen, wie die umstehende Figur anzeigt, und steche damit in die einzelnen Knoten ein, nachdem ich den Stachel in eine ätzende Lösung eingetaucht habe. Bei Lupus verwende ich hiezu Jodglycerin, im Verhältniss von 1 Theil Jod zu 20 Theilen Glycerin.

Die Fälle, welche ich behandelte, betrafen die verschiedensten Localitäten, insbesondere das Gesicht, die Extremitäten, und es gelang so, die einzelnen Knoten nach einmaliger Aetzung zum Verschwinden zu bringen. Nach und nach wurden die so behan-

delten Knoten ganz abgeflacht, die Haut darüber glatt, nur etwas braunroth, schuppend.

Mehrere Fälle mit Lupus an den Extremitäten, welche ich an der Poliklinik im Jahre 1876 ausschliesslich auf diese Art behandelte, zeigten sich zu Ende des Jahres geheilt oder wesentlich gebessert. Ich erwähne darunter insbesonders eines jungen Menschen mit Lupus exuberans (Framboesie J. N., Pr. Nr. 1412) der grossen Zehe und zweier Mädchen (M. S. Pr. Nr. 146, und L. L. Pr. Nr. 1263) mit knotigem Lupus der Vorderarme.

In der Regel jedoch wird die Behandlung so geleitet, dass zugleich der Löffel für Flächeninfiltrate und Geschwüre, die Lanze für den gerötheten Infiltrationshof und der Aetzstachel für die Knoten zur Anwendung kommt. Es ist dies insbesondere bei Lupus hypertrophicus (pachydermaticus) des Gesichtes nothwendig. Man kann den Kranken mehrere Male die Woche an einer Lupusstelle zugleich mit allen drei Instrumenten behandeln, ohne dass eine Reaction in der Umgebung einträte.

Von der Narkotisirung habe ich nur dann Gebrauch gemacht, wenn es sich um die Auskratzung grösserer zusammenhängender Infiltrate handelte; sonst wurde der Schmerz in der Regel auch von weiblichen Patienten um so leichter ertragen, als er mit dem Aufhören des Eingriffes jedesmal aufzuhören pflegt.

Acne simplex et Comedones, Sycosis, Acne rosacea.

In Betreff der Acne simplex und rosacea äussert sich nur Hebra jun. dahin, dass man durch das Schaben bei diesen Processen, wenn sie hochgradig bei einem Individuum vorgefunden werden, den verstopften Talgdrüsen freien Ausgang zur leichteren Entfernung ihres Secretes verschaffe und die Entzündungs-Erscheinungen vermindere, indem man dem Eiter Wege zum Ausfliessen eröffnet.

Campana fügt hinzu, dass der Schablöffel bei der Acne rosacea noch bessere Wirkungen erziele, als die Stichelung, weil die Gefässzerreissung und Thrombosirung dabei eine ausgiebigere sei. J. Neumann [1]) wendet bei Acne rosacea die Aufschlitzung der Gefässe mittelst Staarnadel, leichte Scarificirung und Stichelung, Beseitigung von Protuberanzen mittelst scharfen Löffels an. Auf jene Stellen, die blos diffuse Röthung ohne sichtbare Gefässneubildung zeigen, trägt er mittelst eines Charpiepinsels eine Lösung von 1 Theil Carbolsäure auf 3—4 Theile Alkohol auf. Die Behandlung soll ausnahmslos zu günstigen Heilerfolgen führen und nie eine Narbe zur Folge haben.

In der letzten Zeit endlich hat Ellinger Fälle von Acne und Comedonen sowie einen Fall von Acne rosacea mit Sandabreibungen behandelt. Schon nach 10—12 Tagen war bei den Fällen von Acne simplex die Gesichtshaut glatt und rein und blieb so (beim Fortgebrauch des Sandes). Die Acne rosacea war nach 6 Wochen geheilt.

Dies sind alle Angaben, welche mir in Bezug auf die mechanische Behandlung der oben erwähnten Krankheiten bekannt geworden sind.

Was die Sycosis betrifft, hat Bardenheuer 3mal die Auslöfflung vorgenommen, aber jedesmal Verschlimmerung constatirt.

Hebra jun. hat bei lange bestehender Sycosis mit papulären Wucherungen neben den Pusteln die Behandlung durch Schaben um das 3—4fache abgekürzt.

Meine Erfahrung in Bezug auf alle diese Krankheitsformen der Haut hat nun Folgendes ergeben:

Acne simplex und Comedones:

Die Erfolge der bisher angewendeten, auf den Stoffwechsel oder auf bestimmte Organe, deren Krankheit gleichzeitig vorhanden war oder supponirt wurde, zielenden Mittel, sind bei Acne u. s. w. oft problematisch. Aber auch die Local-Therapie, in welcher der Schwefel von altersher eine grosse Rolle spielt, hat sich keines grossen Glückes zu rühmen. Ich wende nun seit zwei

---

[1]) Allgem. Wiener mediz. Zeitung, 12. Sept. 1876.

Jahren den Schablöffel mit den besten Resultaten bei Acne und Comedonen an, und zwar in folgender Weise:

Meine Schablöffel sind, wie oben erwähnt wurde, mit einem pyramidenartigen oder conisch zugespitzten Stachel an der Rückseite versehen: Ich steche nun mit demselben senkrecht in den Ausführungsgang der Talgdrüse, welche das Centrum der Entzündungsknoten bei Acne oder deren Ausführungsgang den Sitz des Comedo bildet, ein. Durch die Form des Stachels wird hiebei der Ausführungsgang seiner ganzen Länge nach getroffen und erweitert, was die bisher üblichen Einstiche oder Einschnitte mit dem spitzen Bistouri, welche ja blos die Mündung und die Haut um dieselbe spalten, niemals erreichen konnten. Ist die Drüse richtig getroffen, so sinkt jeder Acneknoten sofort ein und ist jeder Comedo entleert. Zugleich aber verschwindet binnen wenigen Stunden jede Spur der Entzündung in der Umgebung der Drüse. Hierauf führe ich den Schablöffel selbst flach über die entleerten Knoten sowie über kleinere, bei welchen der Stachel gar nicht früher angewendet zu werden brauchte, und schabe damit die im Centrum fest aufhaftenden Schüppchen ab. Diese Manipulation wird einige Tage nach einander ausgeführt, so lange sich noch Knoten zeigen. In der Zwischenzeit werden nur Fettläppchen aufgelegt.

In dieser Weise sind während der Jahre 1875 und 1876 auf der allgem. Poliklinik 41 Fälle und in meiner Privatpraxis auch eine erkleckliche Zahl von Fällen von Acne disseminata und Comedonen im Gesichte, auf dem Rücken und an andern Stellen behandelt worden. Ich kann natürlich nicht aussagen, wie es sich in allen diesen Fällen mit den Recidiven verhalten habe, wohl aber habe ich die Erfahrung gemacht, dass in mehreren Fällen, welche wiederholt zur Behandlung gekommen waren, endlich die Disposition zur Acnebildung aufgehört hat.

Die Anwendung des Reibsandes, welche Ellinger vorschlägt, habe ich in einigen Fällen durchgeführt aber bald verlassen, da sie viel roher ist, als die mit dem Schablöffel, die gesunde Haut mehr oder weniger irritirt und keineswegs mehr leistet, als die längst von Hebra angewendete Bimsstein- oder Sandseife.

Was die Sycosis betrifft, so sind meine Erfolge mit dem Schablöffel wo möglich noch befriedigender. Ich wende das Instrument nicht bloss wie Hebra jun. bei lange bestehender Sycose mit papulären Wucherungen, sondern bei jeder Sycosis, ob jung oder alt, an. Der Bart wird rasirt und zwar täglich; von der Epilation habe ich schon lange Abstand genommen, da sie ja bloss die ohnedies schon im Haarbalg locker steckenden ganz unschädlichen Haare entfernt.

So wenig Nutzen ich von der Epilation gesehen habe, so sehr muss ich das tägliche Rasiren, welches auch keineswegs so schmerzhaft ist, als man a priori glauben sollte, empfehlen. Ich lasse einige Tage die Diachylonsalbe, auf Lappen gestrichen, tragen, eröffne dann einzelne Pusteln und Knoten mit dem Stachel und fahre hierauf mit dem Schablöffel mässig andrückend, über die Pusteln, Knoten und Borken hinweg, wodurch ein mässiger Reiz auf die Haut und zugleich die Entfernung der Pusteldecken, der kleinen Knötchen und der Borken bewirkt wird.

Ist ein stärkeres Infiltrat der Basis vorhanden — und dieses ist ja bekanntlich die Ursache der Hartnäckigkeit vieler Fälle, — so schabe ich dieses ernstlich aus, wobei der Löffel in ähnlicher Weise kreischt, wie bei Ausschabung von Warzen.

Diese Procedur wird einige Male wöchentlich vorgenommen, in der Zwischenzeit immer nur die Salbe aufgelegt. Ich glaube sagen zu können, dass alle bisher auf diese Weise behandelten Fälle von verschiedener Dauer und Intensität (in diesem Jahre auf der Poliklinik 11) geheilt worden sind.

Was endlich die Acne rosacea betrifft, so schicke ich voraus, dass ich dieselbe als ein von der Acne disseminata verschiedenes, kürzer gesagt als ein nicht direct von den Drüsenbälgen abhängiges Leiden ansehe. Die häufige Localisation der Gefässerkrankung in der Umgebung der Drüsen, welche ich keineswegs läugnen will, ist eben einfach dadurch erklärt, dass die Drüsen, wie Tomsa (dieses Archiv, 1873, pag. 1 ff.) nachgewiesen hat, ein eigenes Gefässrayon, eine specielle Abzweigung von den Hauptästen besitzen. Trifft nun also die Gefässerkrankung vornehmlich oder gleichzeitig mit anderen auch diesen Theil der Vascularisation, so werden auch die Drüsen in Mitleidenschaft

gezogen und es tritt zu den Erscheinungen der Gefässhypertrophie auch eine wirkliche Acne hinzu.

Ebenso ist das Umgekehrte bisweilen der Fall. Zu einer Retentions-Anomalie der Drüsengänge (Comedonen) und zu einer entzündlichen Erkrankung der Bälge und ihrer bindegewebigen Umgebung (Acne) kann eine chronisch werdende Blutstauung und Gefässerweiterung, die Acne rosacea hinzutreten. Die Comedonen- und Acnebildung kann sich verlieren, die Gefässerweiterung chronisch werden. Ueberdies aber gibt es Fälle von Acne rosacea, bei denen das Uebel einfach als flache, helle Röthung (z. B. die rothe Nase bei jungen Mädchen, manche Trinkernase) auftritt und persistirt. Diese flachen Röthungen entsprechen nicht, wie gemeinhin geglaubt wird, einer oberflächlichen, sondern im Gegentheil einer tief unter dem Niveau der Talgdrüsen liegenden Hyperämie und dieses ist der Grund ihrer verschwommenen, hell durchscheinenden rothen Färbung.

In jenen Fällen, bei welchen sich nach anderen Erkrankungen, z. B. nach Variola Stauungs-Symptome in den Drüsen allein oder in ihren Gefässknäueln entwickeln, kommt es zu massenhafter Comedonen- und Acnebildung und in manchen Fällen auch noch zu Acne rosacea. Nur im letzteren Falle, d. h. wenn die Gefässstauung eine vorwiegende Rolle spielt und nicht bei blosser Comedonen- und Acnebildung, entwickelt sich nach Variola hie und da sogar Lupus erythematosus, wie ich dies in mehreren Fällen von abgelaufenen Blattern nach dem Versiegen der grossen Epidemie 1872—73 im hiesigen Communal-Blatternspitale beobachtet habe.

Ich wende bei Acne rosacea in erster Linie die Stichelung oder richtiger die Schlitzung der hypertrophirten Gefässe der Länge und der Quere nach mit einer grossen Staarnadel an, worauf ich eine Lösung von Liqu. ferri sesquichlorati (1 Theil auf 1 Th. Wasser) einpinsle.

Die Gefässchen werden nach mehrmaliger, wohlgemerkt in zwei senkrecht auf einander stehenden Richtungen vorgenommener Spaltung und Einpinslung undeutlicher und schwinden in vielen Fällen gänzlich. Sind Knoten von Acne simplex und Comedonen zugleich vorhanden, so werden diese nach der geschilderten Methode mit dem Stachel und dem Löffel zur Heilung gebracht. Der

diffuse Röthungshof der Acne rosacea wird durch multiple Stichelung mehrere Male die Woche behandelt. Hypertrophische Wucherungen geringeren Grades in Form von rothen ödematösen Knoten mit unebener, drüsiger Oberfläche, bisweilen mit Schuppen bedeckt, habe ich, so lange sie noch nicht zu grosse Ausdehnung erreicht haben, stets mit dem Schablöffel gut zum Schwinden bringen können; die Blutung war stets eine sehr starke.

In der Zwischenzeit zwischen den Operationen wende ich gewöhnlich Empl. hydrargyri an, bisweilen auch Schwefel von folgender Formel: Styrac. liqu. 10,0, Flor. sulf., Glycerin aa. 5,0, Ung. emoll. 50,0.

Von gewissen Fällen, welche den Uebergang zum Lupus erythematosus bilden, werde ich sofort sprechen.

Lupus erythematosus.

Ueber die Anwendung des scharfen Löffels bei dieser Krankheitsform liegt nur eine Bemerkung von Hebra jun. vor, dass der Lupus erythematosus am meisten Gewaltanwendung brauche (im Vergleiche zu Lupus vulg. und Epitheliom); dagegen ist die Scarification bei Lupus erythematosus auf das entschiedenste von Th. Veiel [1]) empfohlen worden, aber wegen der Langsamkeit des Erfolges in Combination mit der Aetzung. Veiel bedient sich dazu des Chlorzinks, welcher die Epidermis sehr schwer durchdringt. Er gebrauchte eine Lösung von Chlorzink in Alkohol zu gleichen Theilen, worauf sich eine weissgelbe, firnissartige Schichte bildet. Mehrstündige Schmerzen, Entzündung und Oedem treten auf, nach 8—10 Tagen löst sich unter Kataplasmen der Schorf. Narbencontraction bleibt auch nach 4—6maliger Stichelung, die bisweilen nothwendig erscheint, nicht zurück.

Ehe ich nun meine Ansicht über die Behandlung des Lupus erythematosus ausspreche, muss ich einige Worte über die Pathologie desselben vorausschicken.

Der L. erythematosus ist eine Zelleninfiltration, welche stets in Herden austritt, die von kleineren Gefässen ausgehen. Er beginnt in der Regel auf der Haut als ein stecknadelkopf- bis linsengrosser, bisweilen mit einem Schüppchen bedeckter rother Fleck, der im weiteren Verlaufe eine centrale Depression bekommt,

[1]) Ueber Lupus erythematosus. Inaug. Diss. Tübingen 1871.

über welcher die Epidermis dünn und glänzend wird. In dieser Depression bemerkt man oft — aber nicht immer — eine erweiterte Follikelmündung, einen Comedo, einen Acneknoten.

Was diese Depression zu bedeuten habe, geht aus Folgendem hervor: Der bei Lupus erythematosus sich bildende Zelleninfiltrationsherd kann einen doppelten Ausgangspunkt haben: 1. das Gefässnetz in der Umgebung von Talgdrüsen (auch Schweissdrüsen?), dann wird der L. eryth. als eine Dependenz der Talgdrüsen und als eine Complication von Erkrankungen derselben, von Seborrhöe. Comedonen, Acne anzusehen sein, als ein Vorgang also, zu welchem gewisse Retentions- oder Entzündungsprocesse der Drüsen den Anstoss gegeben haben; 2. dieser Anstoss zur Infiltration kann aber auch ein anderer, von den Talgdrüsen unabhängiger sein. Es gibt Formen von L. eryth., welche im Continuum der Haut oder Schleimhaut, auch solcher, welche gar keine Talg- oder Schweissdrüsen (wie die Hohlhand, das Lippenroth etc.) besitzt, auftreten, ebenfalls mit centraler Depression.

Diese Formen sind es, welche sich nicht an die Acne disseminata, wohl aber an die Acne rosacea anschliessen und wie diese letztere zufällig mit Comedonen, Acneknoten und dgl. zusammentreffen können.

Man ist, wie sich dies klinisch sehr leicht nachweisen lässt und wie dies bei anderer Gelegenheit auch mikroskopisch nachgewiesen werden soll, im Stande, den Uebergang der einfachen Gefässhypertrophie und Gefässneubildung bei Acne rosacea in die Bildung von Herdinfiltraten um die Gefässe, so dass bisweilen förmliche Einscheidungen derselben entstehen, zu beobachten, d. h. den Uebergang von Acne rosacea in Lupus erythematodes.

Die centrale Depression aber ist niemals etwas Anderes als der Ausdruck der in Narbenatrophie ausgehenden Veränderungen, welche das Infiltrat in der Tiefe unter der intact bleibenden, aber schlecht ernährten, verdünnten, leicht abstreifbaren Hornschicht eingeht. Die Depression entspricht keineswegs, wie die Autoren behaupten, einem mit den Talgdrüsen zusammenhängenden Processe.

Dass nun die klinischen Bilder beider Ausgangsformen häufig in einander übergehen, ist ebenso begreiflich, wie es die Uebergänge zwischen Acne disseminata und Acne rosacea sind:

Ich glaube nicht, dass die Unterscheidung, welche Kaposi [1]) zwischen scheibenförmigen und disseminirten (aggregirten) Efflorescenzen gemacht hat, eine Begründung im Wesen des Processes findet; die Scheibenform ist aber die typische für die zu einem gewissen Grade der Entwicklungs-Fortschreitung gelangte Efflorescenz; die sogenannte aggregirte Form entspricht einem seltenen Auftreten in rascher Weise und zugleich in grösserer Ausdehnung, wie es Kaposi in einigen Fällen beschrieben hat, wobei begreiflicher Weise die Efflorescenzen sich grossentheils im Anfangsstadium des Processes befinden werden.

Auch die Therapie schliesst sich nun wie der Process selbst in einigen Punkten an jene der Acne simplex und Acne rosacea an; sie unterscheidet sich von letzterer dadurch, dass es sich eben bei Lupus eryth. auch noch um ein zelliges Infiltrat in den Bindegewebsmaschen der Lederhaut handelt, welches neben den Gefässwucherungen und Drüsenprocessen, und zwar als das Wesentlichste in erster Linie, zur Heilung gebracht werden soll. Dies wird bisher durch die verschiedensten Salben und Pflaster (Empl. hydrarg.), durch Seife, Theer, Säuren und andere Aetzmittel, Jodpräparate, Schwefel, endlich durch die Stichelung nach Volkmann versucht. Im Ganzen mit geringem Erfolge; die Stichelung hat sich — wie wir bei der allgemeinen Besprechung dieser Methode schon hervorhoben, nur gegen die Gefässüberfüllung und Neubildung — also gegen das, was am Lupus erythematodes eigentlich erythematös ist, als wirksam erwiesen. Der eifrigste Vorkämpfer für diese Methode, Veiel, hat daher auch die Chlorzink-Aetzung zur Stichelung hinzufügen müssen.

Dagegen können wir als ein vortreffliches Mittel gegen L. eryth. die Auskratzung empfehlen. Es stellt sich dabei in der Regel die Thatsache heraus, dass die mittlere, deprimirte Partie einer Plaque, wenn dieselbe nicht schon sehr lange besteht, keineswegs als eine zur Norm zurückgekehrte oder etwa narbig atrophirte Infiltration angesehen werden darf; denn der Löffel entfernt gerade über dieser centralen Partie bis an den erhabenen Rand die Epidermis mit Leichtigkeit, während dieselbe über dem doch zuerst den Zügen des Löffels ausgesetzten Rande in der Regel intact

---

[1]) Hebra und Kaposi, Lehrb. d. Hautkrankh. II. Abth. pag. 301.

bleibt. Die Sache verhält sich eben so, dass der Infiltrationsprocess in der Mitte, unter der Depression seinen Sitz hat; die Hyperämie, welche den ersten Schritt zur bevorstehenden Infiltration bildet, am Rande, mag nun letzterer mit Comedonen besetzt oder nicht, mehr oder weniger erhaben, mehr oder weniger scharf gegen die Umgebung abgegrenzt erscheinen.

Eine Heilung dieses Infiltrations-Centrums aber habe ich am ehesten mit dem scharfen Löffel erzielt. Es genügt sehr oft, die fleischrothe, körnig aussehende, Fläche, welche sich unter der abgekratzten Epidermis zeigt, mit einigen Zügen des Löffels ohne Drücken zu behandeln, d. h. es genügt eine oberflächliche Abschabung derselben, um die Bildung einer reinen oberflächlichen Wunde von leichter Heilbarkeit zu erzielen. Es entsteht entweder keine oder eine zarte Narbe, die in jedem Falle weniger entstellend ist, als die Depression, welche sich in der sich selbst überlassenen Lupus-Plaque durch die spontane Vernarbung bei unverletzter Epidermis vollzieht. Doch ist beizufügen, dass die hyperämische, zur Infiltration disponirende Randpartie ebenfalls behandelt werden muss, wenn der Process am Weiterschreiten gehindert werden soll. Und dies geschieht am besten durch die öfter wiederholte Stichelung, ohne nachfolgende Aetzung, oder höchstens mit nachträglichem Betupfen mit Liq. ferri perchlorati oder einem anderen oberflächlich wirkenden Causticum. Freilich gibt es Fälle, bei welchen die Heilung nicht so einfach eintritt. Insbesondere längere Zeit bestehende L. plaques zeichnen sich bisweilen durch hartnäckige Neubildung pergamentartiger Epidermislamellen über der ausgeschabten Partie aus. Ich behandle gegenwärtig eine junge Dame aus Kopenhagen, welche seit Jahren einen solchen L. auf der Nase und den Ohrläppchen trägt, und in dem trotz allen Schabens, Stichelns und Aetzens die normale Verhornung sich immer nicht einstellen will. Dieselbe Dame leidet zugleich an einer Localisation des Processes an allen Fingern und Zehen in Form kleiner rother Plaques, über welchen beständig die Oberhaut in feinen Lamellen sich abziehen lässt und wieder bildet.

Im Allgemeinen fasst sich meine Behandlung zusammen in: Auskratzen der centralen Partie mit dem Löffel und zugleich Stichelung der hyperämischen Randpartie. Dabei ist es selbstverständlich, dass die Borken, Comedonen, die chagrinartigen Schup-

penlamellen, welche die Lupusinfiltrate bedecken, früher mit fettigen Mitteln und Seifenpräparaten entfernt werden müssen.

Bei Lupus erythematodes an den Extremitäten wende ich neben der Ausschabung bisweilen auch noch die Bedeckung mit einem impermeablen Stoffe (vulcanisirte Kautschukleinwand) an.

Epitheliom.

Von der Behandlung dieser Neubildungen mittelst des scharfen Löffels sagt Hebra jun., dass sie sich am leichtesten, d. h. mit der geringsten Kraftanstrengung entfernen lassen, sich von der Unterlage häufig abschälen, wie Butter vom Brode. Man soll die Ränder mit mehr Kraft auskratzen, und zwar am besten nach Pick an zwei aufeinander folgenden Tagen an derselben Stelle. Ich kann aus meiner Erfahrung diese Angaben in Bezug auf die flache Form des Epithelioms (Ulcus rodens der Alten) vollkommen unterstützen. Nur muss ich erwähnen, dass ich mich bei Epitheliomen in der Regel nicht auf die Auskratzung allein verlasse, sondern noch das von Hebra in Form einer Paste gebrachte Cosme'sche Aetzmittel in folgender Dose: (Acid. arsenic. 1,0, Cinnabar. factit. 3,0, Ung. rosat. 30,0) auf Leinwand gestrichen, mehrere Tage nach einander auf der ausgekratzten Fläche tragen lasse, um auch alle Reste epithelialer Wucherung der Basis zu zerstören. Auch den umgekehrten Weg, zuerst Zerstörung mit Cosme'scher Paste, Kali causticum oder Chlorzink und dann Ausschabung nach dem Abfallen des Schorfes wende ich bisweilen an. Auch Epitheliome der Schleimhaut unterliegen derselben Behandlung mit gutem Erfolge.

Epitheliome in Knotenform, von jener harten Consistenz, wie sie an der Haut ebenso als an den Schleimhäuten und an letzteren insbesondere im Zungengewebe sich präsentiren, sind dagegen für den Schablöffel nicht geeignet.

Ein passender Boden für die Schabmethode sind gewisse als papillär bezeichnete Wucherungen, welchen der Charakter der Warzenbildung, d. i. Hypertrophie der Hornschicht und der Malpighi'schen Schicht mit vorwaltendem Auswachsen der senkrecht absteigenden Zapfen des letzteren in die Cutis hinein, zukommt. Ich sehe also diese papillären Wucherungen, wozu auch die spitzen Condylome und alle sogenannten Papillome, welche übrigens

theilweise in das Gebiet der Epitheliome übergehen, rechne, als primäre Wucherungen der Epidermis an und halte die consecutiv auftretende, oft nur scheinbare Verlängerung der Papillen für einen secundären Vorgang. (Siehe meine Abhandlung über das Verhältniss der Oberhaut zur Papillarschicht in diesem Archiv 1870, pag. 24.)

Nicht zu empfehlen ist der Schablöffel bei Warzen und spitzen Condylomen, wenn sie zu weich sind, weil dann mit dem Löffel nicht ausgeschabt, sondern die Neubildung oft stückweise abgerissen wird.

Von geringerem Werthe habe ich die Auskratzung bei den Callositäten gefunden, d. i. jenen Epidermishypertrophien, welche wesentlich in einer Verdickung der Hornschicht allein beruhen, wobei weiter durch die straffe Spannung und den constanten Druck, welchen die verdickte Hornschicht auf die Basis ausübt, die Papillarschicht der Cutis, nicht wie bei den papillären, warzenartigen Gebilden in secundärer Weise hypertrophisch, den Epidermiszapfen entgegenwachsend, sondern im Gegentheile atrophisch verdünnt, eingebuchtet erscheint.

In einem Falle von Sectionscallus (Knoten an mehreren Fingern beider Hände) erzielte ich durch fortgesetztes (sehr schmerzhaftes) Schaben eine Verkleinerung der Knoten, aber keine radicale Heilung.

Bei Hühneraugen habe ich keinen Erfolg erzielt, auch nicht, nachdem ich, wie Bardenheuer vorschlägt, den Callus einige Tage mit Schmierseife erweicht hatte. Man halte sich nur gegenwärtig, dass das Ausschaben nur in jenen Fällen von wirklichem nachhaltigem Erfolge begleitet ist, wo es bei fehlender oder leicht ablösbarer Hornschicht der Epidermis, welche dem Schablöffel einen zu starken Widerstand entgegensetzt, vorgenommen werden kann. Eine Beseitigung der verdickten Hornschicht kann nicht Aufgabe des Löffels sein, nach erfolgter Beseitigung derselben aber bei Schwielen ist die Krankheit ohnedies gehoben und bedarf des Löffels nicht mehr.

Teleangiektasien sind einmal von Hebra jun. mit voraussichtlich gutem Erfolge (der Kranke konnte nicht zu Ende beobachtet werden), von Bardenheuer einmal mit ungünstigem Erfolge (die Operation konnte nicht vollendet werden) ausgeschabt

worden. Dagegen hat bei Naevus vasculosus Gamberini[1]) mit dem Schablöffel günstigere Erfolge erzielt. Balmanno Squire[2]) hat bei „Portwine-Mark" (dem flachen Naevus vascularis, welcher oft eine Stelle des Gesichtes dunkel blauroth färbt) die multiple Scarification angewendet und zwar in folgender Weise: Zuerst lässt er einen Richardson'schen Aetherzerstäuber, durch einige Zeit auf die befallene Hautpartie wirken. Hiedurch erreicht er zweierlei: 1. Eine Anästhesirung und 2. eine vollkommene Anämie. Nun nimmt er eine Staarnadel, deren Kopf viermal so gross ist, als der einer gewöhnlichen Staarnadel und macht mit dieser eine Anzahl von parallelen Einschnitten in die abnorme Haut bis in's normale Gewebe. Jeder Schnitt darf höchstens $^1/_{16}$ Zoll von dem anderen entfernt sein. Hierauf legt er ein Stückchen weisses Fliesspapier auf die operirte Partie und übt durch ungefähr 10 Minuten einen gelinden Druck mit den Fingern darauf aus. Nach dieser Zeit hat unter allen Umständen jede Blutung aufgehört. Die Einschnitte müssen so tief sein, dass sie die ganze Cutis vera trennen. Nach 14 Tagen ist der Naevus ohne Hinterlassung einer Narbe um ein Bedeutendes gebessert, wenn nicht ganz geschwunden.

Man kann dann die Operation wiederholen, wobei jedoch zu bemerken ist, dass bei der Wiederholung die Richtung der Schnitte in einem Winkel von 45° zu der ursprünglichen Richtung der Schnitte liegen muss.

Als einzige aber höchst wichtige Vorsichtsmassregel zum Gelingen der Operation gibt Verf. an, sich davor zu hüten, irgendwie die zu operirende Haut nach einer anderen Richtung zu spannen, als nach jener der Einschnitte.

Ich bin nicht in der Lage, über diese Thatsachen aus eigener Erfahrung genügende Erläuterung zu geben.

Was die Pigmentanomalien betrifft, hat Hebra jun. bei Pigmentflecken und Pigmentnaevi, ferner beim Xanthoma palpebrarum, das er nach einem an einer Seite gemachten Einschnitte mit dem Löffel subcutan auskratzt, gute Erfolge angegeben. Ich selbst habe einige Fälle von Naevus verrucosus mit dem

---

[1]) Giorn. Ital. delle Mal. ven. Jahrg. XI., 1876, pag. 288.

[2]) Essays on the treatment of Skin Diseases, Nr. 3, on Portwine Mark; London 1876.

Löffel zur flachen Narbenbildung gebracht, aber die Pigmentirung schien sich nach einiger Zeit wieder herzustellen. Endgültig will ich über diesen Punkt noch kein Urtheil abgeben.

Es erübrigt noch, Einiges über die mechanische Behandlung von Pilzkrankheiten der Haut und schliesslich über Ulcerationsprocesse, besonders jene diätetischen Ursprungs zu sagen.

Bardenheuer hat den Löffel einmal bei Favus angewendet und zwar im Gesichte mit günstigem Erfolge. Bei Favus des Kopfes hält er den scharfen Löffel nicht für angezeigt. Was die Sandtherapie betrifft, glaubt Ellinger, sein Verfahren dürfte sich bei Pilzbildung jeder Art, selbst bei Favus empfehlen. Ich habe bei Favus nicht, wohl aber bei anderen Mykosen der Haut, dem Herpes tonsurans und der Pityriasis versicolor die mechanische Behandluug mit gutem Erfolge versucht. Der Schablöffel ist natürlich nur dann angezeigt, wenn es sich um kleinere, umschriebene Gruppen handelt; im Ganzen möchte doch die Anwendung desselben nicht leicht nöthig sein, da man ja mit Leichtigkeit auch auf einfacherem Wege dieser Pilzeinlagerungen Herr wird. Gut zu empfehlen ist die Sandtherapie, welche allein oder in Verbindung mit nachträglicher Seifenabreibung genügt, jeden Herpes tonsurans oder jede Pityriasis versicolor in kurzer Zeit zum Schwinden zu bringen. Dass sie aber bei Favus, der keine Oberflächenkrankheit ist, sondern mit dem Haare aus der Tiefe hervorsteigt, unmöglich von Nutzen sein kann, halte ich für selbstverständlich.

Von ulcerativen Processen der Haut und der Schleimhaut sind ausser den durch Lupus und Epitheliom bedingten auch syphilitische und scrophulöse Geschwüre, ferner die auf passiver Stauung beruhenden Geschwürsprocesse (Ulcera cruris z. B.), dann Drüsengeschwüre (Einschnitt und subcutane Auskratzung der Drüsenwand), Abscesse, Furunkel und Carbunkel (Kreuzschnitt, darauf Ausschabung unter den Hautzipfeln) der Behandlung mit dem Schablöffel unterzogen worden. Selbst bei Phlegmone, Wunddiphtheritis, Hospitalbrand hat Bardenheuer mit der Auslöffelung nach Abtragung der Haut und nachfolgender Cauterisation mit dem Glübeisen vortreffliche Erfolge erzielt. Es handelt sich dabei immer nur darum, ob man im Stande ist, alles Krankhafte bis auf die gesunde Basis zu entfernen; gelingt dies, so ist in der

That das Resultat ein vortreffliches. Was die Drüsenabscesse betrifft, hat nach Aubert's Angabe [1]) schon vor 25 Jahren Diday in Lyon eine der Volkmann'schen ähnliche Curette zur Ausschabung entzündeter und hypertrophischer Leistendrüsen in Anwendung gezogen. Bei syphilitischen Plaques halte ich die Entfernung der Infiltrate nur selten für nöthig, und das Mercurialpflaster allein meist hinreichend, um breite Condylome zum Schwinden zu bringen; wünscht man jedoch eine schnelle Abtragung derselben, so ist der Schablöffel sehr zu empfehlen.

Bei Ozaena syphilitica und scrophulosa haben Schede [2]) und Bardenheuer gute Erfolge vom Löffel gehabt; Näheres hierüber wird in einer Arbeit des Dr. Schuster in Aachen über Ozaena syphilitica im 1. Hefte des nächsten Jahrganges angegeben werden.

Die Anwendung des Schablöffels bei Augenaffectionen, insbesondere dem wahren Trachom (Bardenheuer), bei Ohrenkrankheiten, (Polypen und starker eitriger Katarrh der inneren Trommelhöhle mit Verdickung, Granulationen, Caries ebenda), bei Pharynx-Affectionen (insbesondere Pharyngitis granulosa ebenda), bei Mastdarmfisteln, bei Uteruscarcinom (Schede und Bardenheuer), endlich bei Knochenaffectionen, wie sie in den letzten Jahren lebhaft gepriesen wird, sei zum Schlusse noch zum Zwecke weiterer Untersuchung und Ergänzung empfohlen.

---

[1]) a. a. O.

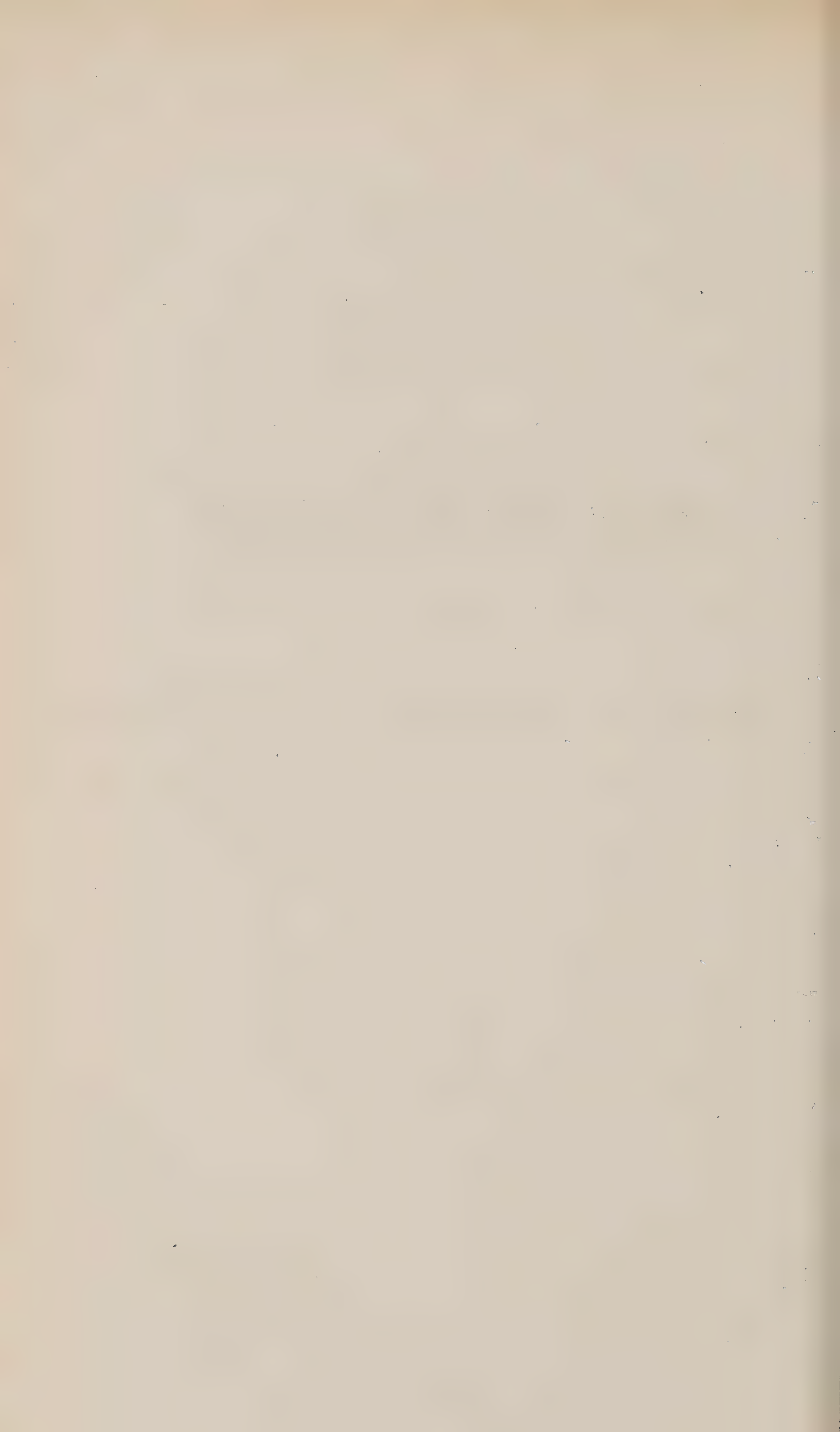
[2]) a. a. O.



Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Dermatologie.

(Schluss aus dem dritten Hefte.)

---

59. Lang. Zur Histologie des Lupus (Willani). Gleichzeitig ein Beitrag zur Lehre von den regressiven Metamorphosen (Wiener med. Jahrb. I. Heft. 1876).

60. Pflüger. Lupus conjunctivae. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde 1876, p. 162.)

61. Piffard. Behandlung der Scrophuliden (Lupus). („The Practitioner“, December 1875.)

62. „Mucor.“ Ist Lepra contagiös? (Med. Times and Gazette. Mai 13. 1876. 1.)

63. Vidal. Lepra nostras tuberculosa, maculosa et anaesthetica. (L'Union Médicale Nr. 87, 24. Juli 1875.)

64. Langhans. Zur Casuistik der Rückenmarks-Affectionen (Tetanie und Lepra anaesthetica). Virchow's Arch. LXIV. S. 169. 1876.

65. Profeta. Ueber die Lepra in Sicilien. (Ann. de Derm. Bd. VII. p. 241, 1876.)

Lang hatte (diese Vierteljahrsch. 1875 pag. 14 und 15) einen Zustand des infiltrirten Lupus im Papillarkörper geschildert, bei dem es zu Auswachsungen des Lupuszellennetzes gekommen war, die sich durch die ganze Dicke des epithelialen Lagers, ja selbst bis an die Oberfläche vorgeschoben hatten. Bei ausgesprochenem Lupus hypertrophicus nun kommt nach weiteren Mittheilungen **(59)** desselben Autors dieser Zustand ausnahmslos aus Beobachtung. In dem sich entwickelnden Lupus hypertrophicus kann man drei von einander zu trennende Stadien nicht verkennen. Im ersten Stadium nimmt man nur einfache Längenzunahme der Papillen und entsprechende Verlängerung der interpapillären Epitheleinsenkungen wahr; das zweite Stadium kennzeichnet sich dadurch, dass der Papillarkörper bereits auch schon das Niveau der Umgebung zu über-

schreiten beginnt; im dritten Stadium tritt zu der Niveauüberschreitung auch eine Zerklüftung der freien Oberfläche dadurch, dass die hervorgesprossenen Papillen sich zu mehreren gruppiren und von der Nachbarschaft seitlich abtrennen.

Die Papillen erscheinen in allen Stadien von einem Lupuszellennetz infiltrirt und weisen in den ersten Stadien eine genügend mächtige Epithelbekleidung auf; im dritten Stadium sieht man wohl den Papillenkörper von Epithelzellenzügen mehrfach durchwachsen, doch erscheint die oberflächlichste Epithellage sehr verdünnt, stellenweise von dem Lupuszellennetze durchbrochen (also eine Verschwärung darbietend) und nicht mehr ausreichend, um die zwischen den oben genannten Papillengruppen entstandenen Klüfte auszufüllen. Wenn man also in den Anfangsstadien eine von Seite der Papillen und von Seite des Epithellagers gleichmässig erfolgte Wachsthumszunahme zugeben kann, so erscheint es für das letzte Stadium zweifellos, dass wohl beide Substrate gegeneinanderwuchern, dass aber schliesslich der Papillarkörper in seinen Auswachsungen das Rete Malpighii weit überflügelt.

Verf. hebt eigens hervor, dass der Lupus hyp. der Kliniker den Lupus hypertrophicus papillaris der Anatomen nicht deckt; denn das, was die ersteren mit diesem Namen bezeichnen, entspreche nur dem dritten Stadium der progressiven Entwicklung. Also erst zur Zeit der beginnenden Ulceration, somit an der Grenze zwischen dem zweiten und dritten Stadium werde die hypertrophische Form des Lupus allgemein diagnosticirbar. In diesem dritten Stadium liegt aber das Lupuszellennetz nicht überall bloss, d. h. befindet sich nicht überall Ulceration; nur einzelne Stellen erscheinen von Lupuszellen durchbrochen, während andere eine Epitheldecke aufweisen, die wohl dünn genug ist, um die Papillengruppen als rothe »Granulationswärzchen« durchschimmern zu lassen, also das Aussehen des Ganzen als »Wundfläche« nicht zu alteriren, anderseits aber noch die Resistenz besitzt, um beim Reiben mittelst Charpie die »Granulation« nicht bluten zu machen. An Randpartien sieht man sehr häufig, dass das Lupusnetz sonderbarer Weise gerade im periphersten Theile des Lupus hypertr. bis an die freie Oberfläche vorgedrungen ist.

Einzelne eigenthümliche Formen treten dadurch hervor, dass da und dort eine Papillengruppe oder einzelne Papillen, von Epithel bedeckt, sich ausserdem noch selbstständig erheben, und in Form eines Zapfens das Niveau der »Granulationswärzchen« überragten.

Das primäre Auftreten von Lupus in der Bindehaut eines 20jährigen Mädchens wurde von Pflüger (**60**) beobachtet.

Das linke Oberlid hing sehr geröthet, verdickt und fast unbewegbar herunter, die Pupille blickte durch einen bogenförmigen Defect, der 2 Mm. nach aussen vom obern Thränenpunkte beginnend, eine Basis von 11 Mm. und eine Höhe von 5 Mm. hatte. Die Conjunctiva des Oberlides trug im innern Drittel eine grosse geschwürige Prominenz, um welche kleinere Wucherungen sassen. Die übrige Conjunctiva war frei von Lupus. Hinter dem linken Ohre war ein lupöses Geschwür von $1^1/_2$ Ctm. Länge.

Die Lupusknoten wurden mit dem Wecker'schen Tätowirinstrument zu wiederholten Malen eingestochen und darauf mit dem Lapisstifte kauterisirt. Vom Beginne der Behandlung sistirte der Zerfall des Lides und nach 4 Wochen waren die Knoten verschwunden, hatte der Defect eine geringere Höhe und war an seinen Rändern vernarbt; nach zwei Monaten waren weitere Aetzungen überflüssig.

Von der Ansicht ausgehend, dass der Lupus eine exquisit scrofulöse Affection sei, hat Piffard (**61**) die Hardy'sche Nomenclatur angenommen und unterscheidet fünferlei Arten von Scrofuliden (was nicht wenig dazu beiträgt die schon bestehende Confusion in der Nomenclatur der Dermatopathologie um ein Beträchtliches zu vermehren. Ref.)

Jede dieser Unterarten wird von ihm streng klinisch geschieden und einer ebenso verschiedenen Behandlung unterworfen. Inwiefern diese Unterscheidung auf richtige Beobachtung basirt ist, und ob sie geeignet ist, die allgemeine Lupus-Behandlung zu beeinflussen, lassen wir dahingestellt.

Als neue Therapie wird bei „Corneous Scrofulides“ (Lupus erythematodes) von Piffard die wiederholte Anwendung von Acidum acet. glaciale, sowie energische Einreibungen mit einer aus Schmierseife, Glycerin, Ol. cad. und Rosenöl bereiteten Seife besonders gerühmt.

Bei Lupus tuberculosus mit oberflächlicher Ulceration, hofft Verfasser dem Patienten Schmerz zu ersparen, wenn er statt des Lapisstiftes eine Nadel aus Irido-Platinum mit einer Schichte von salpetersaurem Silberoxyd oder Zinkoxyd umgibt, und mit dieser so armirten Nadel kleine Einstiche auf die erkrankten Stellen macht. Sollte keine Irido-Platinnadel bei der Hand sein, so genügt eine gewöhnliche chirurgische Nadel. Schiff.

Nach einem mit „Mucor“ gezeichneten Correspondenten (**62**) der Med. Times soll die Lepra wie Typhoid aus Pilzen entstehen, die auf Fäcalstoffen wachsen und unter günstigen Bedingungen (Pilze, Feuchtigkeit und Luft) gedeihen. Die leprösen Partien sind Deposita von Micrococcen-Colonien, die er zwar nicht gesehen hat, deren Dasein für ihn aber keinem Zweifel unterliegt. Da die Lepra bei den verschiedensten Racen und unter den verschiedensten Himmelstrichen vorkommt, so kann der Pilz nur auf einem Substrat wachsen, das allenthalben vorhanden ist, und das sind die Fäcalstoffe. In Neu-Braunschweig wurden die französischen Colonisten von Lepra heimgesucht, während die englischen frei blieben; Erblichkeit konnte nicht im Spiel sein, denn in Frankreich ist die Lepra nicht einheimisch; die übrigen Verhältnisse waren bei beiden Parteien die gleichen, nur hatten die Engländer ihre Abtritte in einiger Entfernung von den Wohnungen, die Franzosen dagegen dicht neben den Kaminen. In der kalten Zone, wo die Wohnungen wochenlang verschneit sind, sind ebenso die Bedingungen für das Gedeihen des Pilzes gegeben. In Honolulu habe die Lepra zugenommen, seit die Eingeborenen durch die Weissen in die finstern Schluchten zurückgedrängt seien.

Vidal bespricht (**63**) einen Fall, den er für Lepra endemica hält. Derselbe war spontan und ohne hereditäre Anlagen bei einem Individuum entstanden, das immer nur in Frankreich gelebt hatte.

Ein 37jähriger Schlosser trat am 22. April 1875 in die Abtheilung Vidal's ein. Die Verwandten in aufsteigender Linie haben Frankreich nie verlassen und nie eine Hautkrankheit gehabt. Seine Mutter erlag einem Uteruskrebs.

Zu 18 Jahren zog sich Pat. einen Schanker zu, der einige Monate später von Plaques muqueuses gefolgt war; sonst war er immer gesund. Er ist seit 14 Jahren verheirathet; seine Frau zeigt keine Zeichen von Lepra, sein 13 J. alter Sohn ist wohl constituirt.

Vor 2 Jahren erkältete sich der im Schweiss befindliche Kranke. Die Schweisssecretion der Stammes hielt inne, während die Schweissbildung an Händen und Füssen sich zu einer supplementären steigerte. Seit jener Zeit sind Hände und Füsse kalt und cyanotisch. Zwei Monate später stellte sich Mattigkeitsgefühl ein, Pat. empfand Jucken und sah dunkelblaue Flecken entstehen, die nicht mehr schwanden und von Exulcerationen gefolgt waren.

Die Haut der Superciliargegend fing an roth, geschwollen und hart zu werden, die Augenbrauen fielen aus. Allmälig dehnten sich dieselben Veränderungen auf die Stirne und behaarte Kopfhaut aus; seit einem Jahre fortschreitende Alopecie.

Seit einem Jahre ist das Jucken während der Nacht stärker über den ganzen Körper verbreitet und von einem rothen Ausschlage gefolgt. Die Haut der Schenkel, des Halses, der Achselhöhlen, des Stammes wurde Sitz von grossen bläulichen Flecken, von oberflächlichen Venenausdehnungen, von Verschwärungen, während das Integument gleichzeitig dicker wurde. Die meisten Verschwärungen haben glatte Narben auf reichen Gefässnetzen zurückgelassen. Am Halse ist noch heute ein 50 Centimeter grosses, mit einer Kruste bedecktes Geschwür. An anderen Stellen (der localen Cyanose) sieht man die Epidermis sich abblättern. Die Geschwüre liessen, wahrscheinlich durch das Reiben der Kleider veranlasst, blutige Flüssigkeit aussickern. Seit einem Jahre beiläufig schwellen Vorderarme und Hände, wie auch die unteren Extremitäten häufig an. Nach einiger Ruhe schwindet das Oedem.

Seit mehreren Monaten ist die Haut der Arme, der vorderen Fläche der Brust, sowie der vorderen Partie des Schenkels verdickt und pastös geblieben, mit einer röthlichen Farbe behaftet und der Sitz einer kleienförmigen Abschilferung geworden.

Mit Ausnahme von einigen Büscheln Langhaaren besteht nun vollkommene Alopecie; da wo Härchen sind, sieht man reichliche Desquamation. Die der Haare am längsten beraubten Stellen sind glatt und glänzend.

Die Haut der haarlosen Augenbrauengegend bildet mit dem verdickten und unbeweglichen Unterhautzellgewebe zusammenhängende Wulste von rosenrother Farbe, von bläulichen Netzen durchzogen.

Rechts sind die Cilien erhalten; links fehlen am oberen Lide, dessen freier Rand verdickt und vascularisirt erscheint, die Cilien, am unteren Lide sind noch einige erhalten.

An der Nasenwurzel ist die Haut verdickt und gibt dem Kranken einen mürrischen Ausdruck (wie bei Leontiasis).

An der Oberlippe sind verdickte Hautstellen mit spärlichem Haarwuchs; ebenso findet man Verdickungen am Kieferwinkel und in der Parotidengegend.

Die normal aussehenden Ohrläppchen haben an der hinteren Fläche je ein mandelgrosses, nicht deutlich begrenztes, weiches, leicht blutendes, auf Berührung und Stich unempfindliches Geschwülstchen von dunkelblaurother Farbe.

Die seitliche und rückwärtige Haut des Halses ist verdickt, röthlich, vascularisirt; unter der verdünnten Epidermis schimmern ausgedehnte Venenverzweizungen bläulich durch. An beiden Seiten sieht man oberflächliche Narben und eine borkenbedeckte Verschwärung. Um die ausgedehnten Gefässe herum ist die Haut von Russ- oder Kaffeefarbe. Man hat also hier locale Asphyxie mit ausgedehnten Gefässen, cyanotischer Verfärbung, Losschälung von Epidermis und (in einem vorgeschrittenen Grade) mit Verschwärung der Haut.

Diese Veränderungen, welche sich unter den Achselhöhlen, an den Seitentheilen des Stammes und an der inneren oberen Fläche der Schenkel sehr ausgeprägt vorfinden, sollen mit einem kleinen, rothen, bei Berührung schmerzhaften Fleck von 50 Centimeter Grösse angefangen haben, der deprimirt, leicht gebräunt erschienen sein und beim Wachsen sich vascularisirt haben soll. Ein anderesmal bildete den Anfang eine Blase, die in der Nacht auftrat, von Jucken eingeleitet und gefolgt war und deren Inhalt bald zerrann.

An den vorderen Partien der Brust, namentlich über den grossen Brustmuskeln ist die Haut verdickt, rosenroth, in's Violette spielend, trocken und von feiner Epidermisabschuppung fahl. In der Haut fühlt man kleine Knötchen, die durch Anspannen des Integumentes sichtbar gemacht werden können.

An den Vorderarmen dieselben Veränderungen; die Verdickung ist namentlich auf der Streckseite anzutreffen, wo sie in Form einer grossen Plaque erscheint und an beginnende Sklerodermie erinnert.

Die Haut der vorderen Schenkelfläche zeigt sich ebenso verändert wie die der Vorderarme.

An der Rückenfläche der Wurzel der Ruthe ist eine glänzende Narbe auf verdickter Haut; die Verdickung dehnt sich bis in die Regio hypogastrica aus und ist am Schamberg am ausgesprochensten, letztere Gegend begann vor einem Jahre die Haare zu verlieren und ist jetzt vollkommen haarlos.

Die Hände sind kalt, etwas cyanotisch, von Schweiss feucht, nicht verdickt. Auf den Rückenflächen sieht man sehr viele kleine Narben, die nach Verbrennungen durch abspringende weissglühende Eisen-

partikelchen zurückgeblieben sind; nur sind die Narben bei diesem Kranken erhöht, anstatt wie bei andern Schlossern vertieft zu sein.

Die Haut der Füsse ist nicht verdickt; die Zehen jedoch sind bläulich und kalt. Man findet hier Narben (nach im Winter durchgemachten Verschwärungen.) Die Extremitäten sind der Sitz eines lebhaften Juckens.

Nahezu sämmtliche Drüsen sind geschwollen und nicht schmerzhaft.

Die inneren Organe gesund, die Musculatur intact, obwohl der Kranke leicht ermüdet.

Die Geschlechtsfunctionen nahmen seit $1^1/_2$ Jahren ab, gegenwärtig besteht vollkommene Impotenz. Der rechte Hode normal, der linke atrophirt; die Atrophie, (nach einer umfangreichen Varicocele zurückgeblieben) war vor der gegenwärtigen Krankheit da.

Die Sensibilitätsstörungen sind sehr ausgeprägt: Anästhesie und Analgesie verschiedenen Grades an allen indurirten Stellen, und noch mehr ausgesprochen, an den braunen Flecken und da, wo ausgedehnte Gefässnetze anzutreffen sind.

Verf. ordinirte Douchebäder, Inf. Valer. und Bromkalium.

Bei der Section eines 40jährigen Mannes, der seit 2 Jahren an Lepra anaesthetica beider Hände und der untersten Theile der Vorderarme gelitten hatte, fand Langhans (**64**) ausgedehnte Erweichung der grauen Commissur, Clarke'schen Säulen und Hinterhörner des Rückenmarks im Bereich der Halsanschwellung und in geringerem Grade der Lendenanschwellung. Die peripheren Nerven, namentlich die Nn. ulnares, zeigen keine Zellenwucherung um die Primitivbündel, wohl aber Verdickung des Peri- und Endoneuriums, Schwund der Markscheide bei erhaltenem Axencylinder. L. ist darnach geneigt, den Ursprung der Lepra anaesthetica in Veränderungen des Rückenmarks zu suchen.

Profeta (**65**) hat seine Untersuchungen über die Lepra in Sicilien im Jahre 1867 begonnen und bis 1875 114 Fälle beobachtet (80 M. 34 W.). Er spricht sich entschieden für die Heredität der Krankheit als hauptsächliche Entstehungsart derselben aus. Contagiöse Verbreitung konnte er in keinem Falle nachweisen. Ebenso wenig durch das Säugen von Kindern und durch Schutzpockenimpfung. Malaria hält er nicht für ein disponirendes Moment, ebenso wenig die Nahrung.

In Bezug auf die Symptomatologie und Therapie hat der Verf. nichts Neues mitgetheilt.

66. Wigglesworth. Ein Fall von idiopathischem multiplem medullarem Rundzellen-Sarkom der Haut. Vortr. in der New-Yorker dermat. Gesellschaft. (Am. Arch. of Derm. Vol. II. Nr. 2, 1876.)

67. Tscherepnin. Die Hautkrankheiten der Sarten. (St. Petersburger med. Wochenschr. 1876 Nr. 2.)

68. Bizzozero und **Manfredi.** Ueber Molluscum contagiosum. (Archivio per le Scienze med. I. 1. 1876 und Centralbl. f. d. med. W. Nr. 7, 1876.)

69. Biesiadecki. Leukämische Tumoren der Haut. (Wiener med. Jahrb. III. H. 1876.)

70. Fayrer. Delhi-Beule. (Practitioner. October 1875.)

71. Schlimmer. Die Aleppo-Beule. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 52. 1875.)

Wigglesworth beschreibt (**66**) folgenden Fall von Hautsarkom: Ein 40jähr. Weib bemerkte kleine Muskitostich-ähnliche Flecken auf der Haut des Stammes, welche sich immerfort vermehrten und zugleich grösser und dicker wurden. Weder Jucken noch Schmerz. Bei der Untersuchung zeigten sich zahlreiche grössere und kleinere, blaulichrothe, nicht gelappte, an der Haut befestigte, weiche, ulcerirte Geschwülste über den Körper verbreitet. Lymphgefässe und Drüsen normal.

Jodkalium innerlich. Mercurialsalbe, dann Jodtinctur auf die Knoten applicirt. Nach einiger Zeit zeigten sich die Brüste ganz infiltrirt und stellten das diffuse Sarkom, wie es Virchow an der weiblichen Brust schildert, dar. Ueber der Augenbraue links ein Knoten, welcher excidirt und untersucht wurde. Auf der Narbe entstand ein neuer Knoten, auf dem linken Knie ein Geschwür aus einem Knoten, Oedem trat dazu, allgemeine Entkräftung und endlich Tod. Die Section wurde nicht gemacht.

Der mikroskopische Befund des excidirten Knotens ergab die charakteristische Rundzellenformation, welche von der Papillarschicht auszugehen schien. Pigmentirung fehlte.

Tscherepnin beschreibt (67) eine eigenthümliche bei den Sarten in Taschkend und im Flussgebiet des Tschirtschin endemische, Päschä Churdj (Fliegenstich) genannte Hautaffection. Sie verläuft ohne Störung des Allgemeinbefindens; die Incubation scheint 10 Tage zu betragen. Die Anfänge der Krankheit wurden vom Verf. nicht beobachtet, der frischeste Fall, den er sah, war 1 Monat alt, und erscheint die Krankheit um diese Zeit als rother, verwaschener Fleck mit Infiltration des Coriums; der Zustand kann so 2 Monate ohne Veränderung dauern, dann bildet sich entweder ein kraterförmiges Geschwür, oder gruppenweise erbsengrosse Knoten, die mit dem Unterhautzellgewebe nicht zusammenhängen und keine Neigung zum Verschwären haben; sie ähneln ungemein den Leichentuberkeln; mikroskopisch zeigen sie die Charaktere des Granuloms. Die Lymphdrüsen bleiben intact. Es ist am wahrscheinlichsten, dass die Krankheit durch einen Insektenstich erzeugt wird. Die Therapie besteht in energischen Aetzungen.

Bizzozero und Manfredi (68) hatten (siehe dieses Archiv 1871, pag. 599), auf ein verhältnissmässig reiches Material gestützt, (ungefähr 15 Fälle) zunächst nachgewiesen, dass die sogenannten Molluscum-Kugeln oder -Körper sich im Innern der Epithelialzellen durch eine eigenthümliche Umwandlung eines Theils ihres Protoplasmas entwickeln; bei diesem Process wird der Kern von der sich vergrössernden Kugel nach der Peripherie geschoben, während die Rindenschichten des Protoplasmas der physiologischen Verhornung unterliegen; dann dass die kleineren Molluscumläppchen nicht, wie allgemein angenommen, den Haarfollikeln oder den Talgdrüsen ihren Ursprung verdanken, sondern durch eine Hyperplasie und eigenthümliche Umwandlung der das Malpighi'sche Netz zusammensetzenden Zellen erzeugt werden. Zu denselben Resultaten war auch, ohne die vorerwähnte Arbeit zu kennen, C. Boeck gekommen (diese Vierteljahresschr. 1875). Jüngst nun wurde in einer kürzlich erschienenen Arbeit (Virchow's Archiv LXV. Heft 2) W. Lukomsky's, dem ebenfalls der Verf. frühere Arbeiten ganz unbekannt scheinen, dieser Gegenstand neuerdings behandelt.

Bezüglich des anatomischen Ausgangspunktes der Krankheit werden von Lukomsky B. und M. Beobachtungen bestätigt, indem er annimmt, dass die Neubildung als eine Affection der Malpighi'schen Schicht aufzufassen sei. — Was dagegen die Entwicklung der Mollus-

cumkugeln betrifft, weicht er von ihnen ab, insofern er die Hypothese aufstellt, die Kugeln rührten von einer eigenthümlichen Umwandlung der grossen Wanderzellen her, welche vom Corium ausgehend, sich zwischen den Epithelialzellen infiltriren.

Dieser Ansicht können nun die Verf. nicht beitreten, und zwar vorzüglich aus folgenden Gründen: 1. An Durchschnitten von erhärteten Stücken (Doppelchromsaur. Kali, dann Alkohol), und besser noch von frischen Stücken lässt sich leicht nachweisen, dass die Kugeln im Innern der Epithelialzellen entstehen; diese letzteren erkennt man als solche an ihrem Kern, der denen der Nachbarzellen völlig gleich ist, und an dem scharfen, nicht selten mit den charakteristischen Stacheln oder Riffen versehenen Contour. 2. Im Gegensatz zu Lukomsky's Behauptung enthalten die Kugeln niemals Kerne. Der ursprüngliche epitheliale Kern wird gegen die Peripherie der Zelle geschoben, so dass er, je nach seiner Lage, bald seitlich bald oberhalb der Kugel erscheint; das erklärt den Irrthum von Lukomsky, der in jungen Kugeln bisweilen Kerne gesehen zu haben glaubt. 3. Die Kugeln verbleiben einige Zeit im Innern der Epithelialzellen, auch wenn diese schon die hornige Infiltration erlitten haben. Bei der Zerzupfung von frischen, gehörig mit einer Lösung von Aetzkali behandelten Stücken sieht man häufig angeschwollene, verhornte Epithelialzellen, die eine Kugel enthalten; und indem man das Object im Gesichtsfelde des Mikroskopes hin und her rollen lässt, überzeugt man sich leicht, dass die Kugel wirklich in der Epithelialzelle eingeschlossen, und nicht etwa bloss in dieselbe eingestülpt ist.

Nach der Meinung der Verf. ist daher das Molluscum contagiosum eine eigenthümliche Neubildung von rein epithelialem Charakter.

Biesiadecki beschreibt (**69**) folgenden Fall von leukämischen Tumoren der Haut: Ein Taglöhner aus Krakau, 50 Jahre alt, litt vor 16 Jahren an Intermittens. Bis zum Jahre 1871 vollkommen gesund, überstand er in diesem Jahre angeblich eine Lungenentzündung, die ihn der allgemeinen Schwäche wegen durch 7 Monate im Bette festhielt. (Die Spitalsdiagnose lautete auf Phthisis pulmonum.) Seit einigen Monaten bemerkte derselbe eine allmälig aber constant zunehmende Schwäche, eine Spannung in der Milzgegend und einen harten Körper daselbst. 9 Wochen vor der Spitalsaufnahme traten an der Haut der linken Gesichtshälfte in der Nähe des Ohres kleine,

etwas juckende Knötchen auf; gleichzeitig schwollen die Lymphdrüsen hinter dem Ohre an, welche auch ohne Druck schmerzhaft und mit reissenden Schmerzen im Kopfe verbunden waren. Je zwei hinter den Ohren gesetzte Blutegel beseitigten den Schmerz, jedoch weder die Haut- noch die Lymphdrüsengeschwülste. Vor 6 Wochen begannen die Lymphdrüsen der rechten Achselhöhle, vor 3 Wochen die in inguine anzuschwellen. Während dieser Zeit entwickelten sich zahlreiche Knötchen in der Haut der Stirne, nachträglich auch beider Gesichtshälften.

Mit der Schwellung der Lymphdrüsen in der Achselhöhle und Leistenbeuge entwickelten sich auch Geschwülste an der Haut der Brust, beider oberen Extremitäten, am Mons Veneris und in der Haut in inguine über den geschwellten Lymphdrüsen.

Der ursprünglich verminderte Appetit verbesserte sich bei dem Gebrauche von Chinin.

Am 31. October fand man in der Haut und zwar an der Stirn unzählige zerstreut stehende, linsenförmige, flache, etwa $^1/_2'''$ über das Nieveau der Haut hervorragende Knötchen, von denen einige kaum hirsekorngross, die meisten linsen-, wenige dagegen bis bohnengross, die kleinen schwach rosaroth, die meisten dagegen rothbläulich gefärbt sind. Dieselben lassen sich mit dem Corium über dem schlaffen subcutanen Bindegewebe verschieben uud sind an ihrer Oberfläche völlig glatt, von einer anscheinend unveränderten, vielleicht nur verdünnten Epidermis überkleidet. Wo dieselben dichter nebeneinander gelagert sind, wie in beiden Schläfengegenden, über den äusseren Augenwinkeln, fliessen sie in einander über und bilden plaqueartige livid gefärbte Erhabenheiten, an denen noch die einzelnen dieselben zusammensetzenden Knötchen an den mehr oder weniger tiefen Furchen zu unterscheiden sind.

In der Haut beider Augenlider kommen hirsekorngrosse weiche Knötchen nur in spärlicher Anzahl vor, grössere und reichlichere an der Nase und Gesichtshaut. Reichlich findet man sie in der Haut vor und hinter beiden Ohren.

Die behaarte Kopfhaut ist knotenfrei.

Am Halse 5 Knoten, über dem Sternum 15 grössere, 10 kleinere. In der rechten Achselhöhle über den geschwellten Lymphdrüsen 10 grössere Knoten, am rechten Oberarme 6 rosaroth gefärbte, linsengrosse Knoten und an der Dorsalfläche der rechten Hand blasse linsengrosse Knötchen. An den beiden Thoraxseiten, an der Bauchdecke und über

beiden Lenden vereinzelte, zerstreute Knötchen, zahlreiche über den ganzen Rücken. In inguine beiderseits dichter stehende Knötchen, 8—10 an der Zahl. In der rechten Kniekehle ein Knoten, sonst die Haut der unteren Extremitäten knotenfrei.

Die Lymphdrüsen allenthalben geschwollen.

Die Percussion der Brustorgane weist nichts Abnormes nach. Die Herzdämpfung beginnt vom 5. Intercostalraum und übergeht nach unten in die Leber- und Milzdämpfung.

Die Herztöne rein.

Die Leberdämpfung zieht in der Mamillarlinie von der 6. Rippe bis einen Finger über der Nabellinie, in der Axillarlinie $2^1/_2$ Plessimeter Breite unterhalb des Rippenbogens und übergeht nach links in die Milzdämpfung. Der Leberrand in Folge der Spannung der Bauchdecken nicht zu ermitteln. Die Leberoberfläche glatt.

Die Milzdämpfung reicht von der 8. linken Rippe bis vier Finger unterhalb des Nabels. Der vordere Rand derselben ist in der Magengrube 2″ und in der Höhe des Nabels 1″ von der Mittellinie entfernt und zeigt in der Mitte eine tiefe Einkerbung.

Die Bauchdecke über der Milz und Leber bretthart anzufühlen, sonst gespannt und tympanitisch.

Der Kranke klagt über allgemeine Schwäche, das Aussehen kachektisch, die Haut trocken, blass, durchscheinend, die Temperatur 36·5°C., Puls 92, Respiration nicht beschleunigt.

Den 5. November klagt der Kranke über stechende Schmerzen in den Lymphdrüsen und in der Milz, welche zusehends an Grösse zugenommen hat; ferner über einen ununterbrochenen Harndrang. Es wurde eine Blutprobe zur mikroskopischen Untersuchung dem Finger entnommen und eine erbsengrosse Hautgeschwulst von der r. Thoraxhälfte ausgeschnitten und in Müller'sche Flüssigkeit der Härtung wegen eingelegt.

Der aus der Stichwunde ausfliessende Bluttropfen ist rosenroth und nach der Ausbreitung unter einem Deckglase schwach gelblich gefärbt. Unter demselben derart ausgebreitet, dass die Blutzellen bloss eine Schichte bildeten, fand man haufenweise rothe und farblose Blutzellen gelagert, so dass (Hartnack Immers. 10 und Ocul. 3) an vielen Stellen im Sehfelde bloss farblose Zellen angehäuft lagen, während an anderen Stellen zwischen zahlreicheren rothen stets in grosser Anzahl auch farblose zu finden waren. Aus diesem Grunde ist eine genaue

Zählung beider Arten von Blutzellen und deren Verhältniss nicht anzugeben. Als sicher aber kann man annehmen, dass die farbigen zu den farblosen Blutzellen sich wie 3 : 2 verhalten haben, wenn nicht die Zahl beider gleich gross war.

Vor Allem fiel aber ausser der Vermehrung der farblosen Zellen eine nicht unbedeutende Grössenzunahme in die Augen, die nicht etwa auf Vergrösserung der Protoplasmamassen derselben, sondern auf einer Metamorphose beruhen musste.

Die überaus grösste Anzahl der grossen farblosen Blutzellen und zwar die grössten derselben bestanden nämlich aus einer weichen Protoplasmasubstanz, in welcher schwach contourirte Körnchen und runde, scharf begrenzte Bläschen sich vorfanden. Es ist dies eine Veränderung der farblosen Zellen, die ganz entspricht jener der Zellen der Schleim- oder Gallertcarcinome oder der Zellen der Enchondrome bei einer schleimigen Metamorphose der Intercellularsubstanz.

13. Nov. Die Schwäche nimmt zu.

14. Nov. Die Milz drei Finger breit kleiner geworden. Schwäche. Oedem um die Knöchel zugenommen.

15. Nov. Tod.

Die am 16. Nov. vorgenommene Obduction weist nun Folgendes nach:

Auf dem Durchschnitte bestehen die kleineren Knoten aus einer markigen, weichen, gelblichgrauen oder gelblichweissen, gleichförmigen und blutarmen Masse, welche in kleineren Knoten bloss die oberflächlichen, in grösseren auch die tieferen Schichten des Corium infiltrirt. Ueber denselben ist die Epidermis gespannt, glatt, jedoch überall erhalten.

In den grössten Knoten wie unterhalb des rechten Mundwinkels ragt die über 2''' dicke markige Masse tief in das subcutane Zellgewebe, dasselbe vor sich drängend und von demselben scharf begrenzt, während an den kleineren diese Grenze zwischen der Masse des Tumors und dem Nachbargewebe verwischt erscheint.

Die Geschwulstmasse ist weich anzufühlen, lässt sich jedoch durch Druck nicht auspressen und entleert beim Schaben an der Schnittfläche einen klaren Saft. In keinem Knoten findet man einen käsigen oder erweichten Herd. Ueber einigen war nur an der Leiche, wie es zu Lebzeiten nicht der Fall war, die Epidermis sammt der oberflächlichen Partie des Tumors zu einer bräunlichen Kruste vertrocknet, wie über der rechten Schläfe und über einigen an den Wangen.

In Müller'scher Flüssigkeit macerirt und zerzupft bekam man der Hauptmasse nach runde, den grössten farblosen Blutzellen an Grösse und Aussehen gleichende Zellen, von denen sehr viele zahlreiche Fettkörnchen eingeschlossen haben. Andere waren polyëdrisch und bestanden aus einer glänzenden homogenen Protoplasmasubstanz und schlossen einen Kern, sehr selten deren zwei ein.

In geringer Anzahl kommen dagegen grosse, mit verzweigten Ausläufern versehene Zellen, welche als Bindegewebszellen angesehen werden mussten, sowie grosse plattenförmige epithelioide Zellen, welche häufig nur isolirten Bindegewebsbündeln angereiht waren. Aus dem Stratum Malpighii liessen sich zahlreiche Stachelzellen isoliren. Dazwischen lagen theils Bindegewebsbündel, theils Fibrillen und isolirte mit Blutzellen angehäufte Capillargefässe, von denen hie und da protoplasmatische, glänzende, kegelförmige Sprossen ausgingen.

An Schnittpräparaten liess sich die Entwickelung und auch das Wachsthum der Knoten leicht verfolgen.

An den kleinsten war nur eine geringe Zelleninfiltration an der Grenze zwischen der Pars papillaris und reticularis zu bemerken, also vorwiegend in der Umgebung des oberflächlichen Blutgefässnetzes, während die obere Partie des Corium mit einer schleimig-körnigen Masse ausgefüllt war. Die Papillen waren hiedurch erweitert und vergrössert; die mässig erweiterten und für die Injectionsmasse durchgängigen Blutgefässschlingen in derselben in der Regel von farblosen Blutzellen erfüllt.

Im Knoten liessen sich zwischen den dichtgelagerten und abgeplatteten lymphatischen Zellen ohne vorherige Auspinselung kaum einzelne Bindegewebsfasern oder Bündel nachweisen. Nach der Auspinselung kam dagegen ein grobmaschiges Bindegewebsnetz zum Vorschein, anscheinend aus den auseinandergedrängten Bindegewebsfasern des Corium selbst gebildet. Die Papillen von Zellen strotzend, sind an der Basis stark verbreitet und flach, die Oberfläche des Knotens hiedurch glatt und von einer mässig dicken Epidermisschichte bedeckt, welche aus cylindrischen und mehr oberflächlich aus abgeplatteten Stachelzellen besteht.

An den mittelgrossen Knoten ist bloss die obere Coriumpartie von Zellen infiltrirt, die Pars reticularis nur wenig verändert. An den grossen Knoten schieben sich die Zellen auch in die Pars reticularis hinein und bilden hier ein Zellennetz, welches seiner Configuration nach

dem Saftkanälchennetze entspricht, und in deren Räumen die quer oder schief durchgeschnittenen Bindegewebsbündel liegen.

Am reichlichsten von Zellen umlagert sind die Haarbälge und Schweissdrüsen. In der äusseren Haarbalgscheide bis zur Papille liegen zahlreiche lymphoide Zellen; die Zellen der inneren Haarbalgscheide geschwellt, die Kerne derselben vergrössert. In vielen Haarbälgen die äussere Wurzelscheide um die ausfallenden Haarwurzeln mit fingerförmigen Fortsätzen versehen.

Die Schweissdrüsenknäuel von reichlichen Lymphzellen umgeben, die Drüsenschläuche selten unverändert, meistens erweitert, ihrer Parenchymzellen beraubt und häufig runde kleine Zellen einschliessend.

Ueber die Delhi- (Aleppo-) Beule hat Fayrer (**70**) neuerlich Untersuchungen angestellt, welche ergeben, dass beim Einschneiden in die Neubildung gelbliche Punkte zum Vorschein kommen, welche nicht — wie behauptet worden war — durch Eier von Distoma haematobium, sondern durch eine Zellenwucherung zu Stande kommen, die von den Haarbälgen und Balgdrüsen ausgeht. (? Ref.)

Schlimmer's Erfahrungen über die Aleppo-Beule (**71**) sind auf Beobachtungen von 27 Jahren in Syrien, Mesopotamien und Persien gegründet. Die Beule erscheint unter verschiedenen Namen wie: Bouton annuaire, Aleppo-boil, salek pers., iltschi-bani türk., habbet el seneh arab., köpöj-armeni türk. tatar., lupus salek nach Dr. Polak, aurenzel indisch, godownik russisch.

Diese Krankheit findet sich endemisch an verschiedenen Orten des türkischen Reiches, so in Aleppo, Entel, Urfa, Diarbekir, Mossul, Bagdad, Bassora u. s. w. Ausserdem in Biskra in Algier (Thèse du Dr. Poggioli. Paris 1874), in Indien in Delhi (Fraser, Indian Lancet 1860, und Brit. and for. med. chir. Review April 1863). In Persien ist sie am häufigsten in Teheran, Kaschan und Ispahan, während Verf. sie in Kirman selten, am Kaspisee gar nicht vorfand. Die Beule befällt den Einheimischen gewöhnlich im ersten Kindesalter oder bis zur Zeit der Pubertät, mit Vorliebe an einer Stelle im Gesichte, während sie die Fremden und aus immunen Gegenden Zugereisten erst nach einiger Zeit ihres Aufenthaltes und dann zumeist an den Extremitäten ergreift; obwohl viele Beispiele vorliegen, dass auch diese im Gesichte afficirt wurden. Bei europäischen Kindern, im Lande geboren, zeigt sie

sich jedoch auch in der Regel im Gesichte. Diese endemische Krankheit wird auch an der Schnauze von Hunden beobachtet. Das Aussehen der Beule ist nach den ergriffenen Stellen und nach den verschiedenen Perioden, in welchen sie zu Gesichte kommt, verschieden. Als Regel kann man annehmen, dass sie in Jahresfrist, spätestens in 13—14 Monaten spontan heilt und dann eine pigmentirte Narbe zurücklässt, die Zeitlebens kenntlich bleibt.

Auf der ganzen Strecke zwischen Aleppo und Bagdad, wo sie endemisch herrscht, wird das Wasser von gewissen Brunnen, Zisternen und Bächen als Ursache angeklagt; doch litt Verf. selbst, der nie frisches Wasser trank, ebenfalls daran.

Ohne jede vorausgehende Congestionserscheinung bemerkt man meist im Gesichte, seltener auf den Extremitäten ein kleines hanfkorngrosses Knötchen ohne besondere Röthe. Höchst langsam und allmälig wächst dieses Knötchen innerhalb 3—4 Monate fast ohne allen Schmerz, so dass es an bedeckten Stellen kaum bemerkt wird. Nach diesem Abschnitt stellt sich Ulceration im Innern des Knotens ein, die Umgebung infiltrirt sich und nimmt eine röthlichbläuliche Färbung an, endlich öffnet er sich in der Mitte und lässt Jauche abfliessen, welche zu schmutzig-gelben oder kaffeebraunen Krusten eintrocknet. So schreitet die Ulceration gegen die infiltrirte Peripherie weiter. Nimmt man die Krusten weg, so bemerkt man auf dem Boden des Geschwürs indolente, missfärbige harte Granulationen, die langsam schmelzen, um durch ähnliche wieder ersetzt zu werden. Gegen den 9.—11. Monat geht das Geschwür spontan in Besserung über, die Infiltration ist bereits in der Umgebung geschmolzen, es treten normale Eiterung und Granulationsbildung von lebhafter guter Farbe ein; endlich folgt Vernarbung und zwar von der Peripherie gegen das Centrum und es bleibt nur eine meist glatte tiefpigmentirte haarlose Narbe zurück. Nur bei bedeutender mechanischer Missshandlung des Geschwüres sieht man Narben mit Trabekelbildung; auch wird bei dünnen Theilen, so am Augenlid oder einem Nasenflügel ein Theil weggefressen, so dass ein Defect entsteht, dem chirurgisch nachgeholfen werden muss. Gewöhnlich nimmt der Bouton eine zweifrankgrosse Hautstelle ein. Sehr selten geschieht es, dass besonders an dem unteren Theil der Nase mehrere Boutons zusammenfliessen und durch die Verjauchung einen Defect der Nase erzeugen. Manche Aerzte sind geneigt, diese Form für eine Complication mit Syphilis zu halten, allein die spontane obwohl lang

dauernde Heilung spricht mehr dafür, dass es sich um den multiplen Bouton handle.

Dieses Leiden birgt gar keine Gefahr, es ist ein gutartiges; nur hie und da bei Abgang einer passenden Behandlung entsteht, wie erwähnt, Entstellung durch Wegfressen des Lides oder eines Nasenflügels oder ein Schönheitsfehler.

Das Volk betrachtet das Leiden als eine wohlthätige Ableitung. Doch wenden einige inländische Aerzte nach Erweichung der Krusten durch Kataplasmen das scharfe Oel von Anacardium longifolium oder eine Paste von Kupfervitriol oder Grünspan mit Eidotter mit Vortheil an.

Andere Landärzte rühmen die Application von dem sehr ammoniakalischen Kameelurin. Die jüngeren Aerzte von der Schule des Dr. Polak wenden die Aetzung mit Salpetersäure mit grossem Nutzen an; andere europäische Aerzte auch den Höllenstein oder gepulverten Kupfervitriol und zwar besonders im Beginne mit bestem Erfolge.

72. **Bradley.** Naevus geheilt durch wiederholte Injectionen von Carbolsäure. (The Brit. med. Journ. 1876 p. 443.)

73. **Balmanno-Squire.** Ueber Portwein-Marks (Naevus cutaneus vasculosus) und dessen Obliteration ohne Narbe. (Essays on the treatment of skin diseases Nr. III. London 1876.)

74. **R. W. Taylor.** Ueber eine seltene Form von idiopathischer localisirter oder partieller Atrophie der Haut. (Vortr. in der New-Yorker dermat. Ges., Am. Arch. of Derm. Vol. II. Nr. 2, 1876.)

75. **Kolaczek.** Ein merkwürdiger Fall circumscripter Hautatrophie. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32. 1876.)

76. **Estradère.** Carbolsäure gegen Pustula maligna.

77. **Michaud.** Ueber die Beschaffenheit der Nerven beim Ulcus perforans des Fusses. (Lyon médic. Jänner 1876.)

Bradley behandelte (72) ein 8monatliches Kind mit einem Naevus vasculosus am linken Ohre, wo er $2^1/_2$ Zoll lang und $1^1/_2$ Zoll breit, $^1/_2$ Zoll über das normale Hautniveau erhaben aufsass, mit sechs innerhalb 3 Wochen gemachten Injectionen minimaler Mengen von reiner Carbolsäure. Erst nach dieser Zeit verkleinerte er sich trotz aus-

gesetzter Injectionen sichtlich. Verf. führt diese Heilung auf eine allmälige, aber beständige Wirkung der Säure zurück und hält noch weniger Injectionen für ausreichend.

Balmanno Squire (**73**) gibt ein Verfahren an, womit der so entstellende Naevus cutaneus vasculosus ohne Narbe zum Schwinden gebracht werden kann, das ihm nach seiner Angabe noch nicht im Stiche gelassen hat.

Zu diesem Zwecke lässt er zuerst einen Richardson'schen Aetherzerstäuber, den er durch einige Zeit auf die befallene Hautpartie wirken. Hiedurch erreicht er zweierlei: 1. Eine Anästhesirung und 2. eine vollkommene Anämie.

Nun nimmt er eine Staarnadel, deren Kopf viermal so gross ist, als der einer gewöhnlichen Staarnadel und macht mit dieser eine Anzahl von parallelen Einschnitten in die abnorme Haut bis in's normale Gewebe. Jeder Schnitt darf höchstens $^1/_{16}$ Zoll von dem anderen entfernt sein. Hierauf legt er ein Stückchen weisses Fliesspapier auf die operirte Partie und übt durch ungefähr 10 Minuten einen gelinden Druck mit den Fingern darauf aus. Nach dieser Zeit hat unter allen Umständen jede Blutung aufgehört. Die Einschnitte müssen so tief sein, dass sie die ganze Cutis vera trennen. Nach 14 Tagen ist der Naevus ohne Hinterlassung einer Narbe um ein Bedeutendes gebessert, wenn nicht ganz geschwunden.

Man kann dann die Operation wiederholen, wobei jedoch zu bemerken ist, dass bei der Wiederholung die Richtung der Schnitte in einem Winkel von 45^0 zu der ursprünglichen Richtung der Schnitte liegen muss.

Als einzige aber höchst wichtige Vorsichtsmassregel zum Gelingen der Operation gibt Verf. an, sich davor zu hüten irgendwie die zu operirende Haut nach einer anderen Richtung zu spannen, als nach jener der Einschnitte. Schiff.

Taylor (**74**) nimmt mit Wilson und Kaposi zwei Formen von idiopathischer partieller Atrophie der Haut an und zwar eine lineare, die andere in Form von runden oder ovalen Flecken. Die letztere, viel seltenere, illustrirt er durch eine Krankengeschichte einer 45jähr. irländischen Näherin, welche viel an Rheumatismus gelitten hatte. Bei ihr stellten sich perlmutterähnliche, narbenartige,

weisse, daneben aber lichtbraune, etwas rauh anzufühlende Flecken ein, welche nach dem Abschaben die weissen atrophischen Flecken der ersten Art zurückliessen. Die braunen Flecken waren hyperästhetisch, die weissen eher anästhetisch. Die braunen Flecken entwickelten sich sehr langsam in 6 Monaten bis zum Umfange eines halben Zolles. Dann fielen die oberflächlichen Epithelschichten ab und die weisse eingesunkene Oberfläche durch die Atrophie des Bindegewebes erzeugt, trat hervor.

Verf. glaubt, dass eine der von Wilson als Morphaea beschriebenen Atrophieformen (Morph. alba atrophica) nicht eine Infiltrationskrankheit wie die eigentliche Morphaea lardacea Wilson's, sondern eine idiopath. Atrophie der Haut sei.

Die idiopathischen Atrophien der Haut finden sich nach einer Arbeit von Kolaczek (75) über denselben Gegenstand in Form von Streifen, seltener als Flecken, hauptsächlich über der vorderen Beckenwand, den Gesässmuskeln, in der Gegend der Trochanteren, weniger häufig an der vorderen Oberschenkelfläche und der Streckseite des Oberarmes. Man begegnet ihnen nicht bloss bei Frauen nach Schwangerschaften, sondern auch ohne dass solche vorausgegangen wären (36 %), und vornehmlich bei langgewachsenen Männern (25 % nach B. S. Schultze). Also präcipitirte Wachsthumsverhältnisse scheinen diese Atrophien zu erzeugen.

Eine weit seltenere Form der in Rede stehenden Atrophie ist von Wilson in den Bahnen der Nn. frontal., naso-alaris und supraorbital. beobachtet und auf einen pathologischen Nerveneinfluss zurückgeführt worden. Er hat zwei Fälle dieser von ihm sogenannten Atrophia neurotica veröffentlicht. Beide betrafen junge Männer, von denen der eine nach einem Schlage gegen die Stirn dem Supraorbitalnerven entsprechend eine weisse Linie in der Haut behielt, welche nach einigen Jahren in eine Furche mit Anästhesie sich verwandelte; bei dem anderen entwickelte sich die gleiche Atrophie allmälig nach heftigem Niesen.

Einen analogen Fall hatte Verf. zu beobachten Gelegenheit. Ein 20jähriges Mädchen war als Kind von 11 Jahren gegen eine Ofenecke mit der Stirn gefallen, ohne sich jedoch eine Wunde zuzuziehen. Nur die bekannte Verfärbung durch extravasirtes Blut war einige Tage lang zu sehen. Nach etwa 2 Jahren bildete sich an der rechten Stirnhälfte

ganz nahe der Mittellinie ein länglicher gelblicher Flecken, welcher sich im Laufe der folgenden Jahre unter allmäliger Vertiefung der davon betroffenen Haut senkrecht nach oben und unten gegen den Orbitalrand fortsetzte. Erst ein in der letzten Zeit an dieser Stelle beim Niederbeugen sich einstellender reissender Schmerz bewog das Mädchen ärztliche Hilfe nachzusuchen.

Rechts von und unmittelbar an der Medianlinie der Stirn verläuft vom Supraorbitalrande angefangen direct nach oben eine sehr augenfällige Furche bis etwa zur Kranznaht hinauf in der Länge von 13 Ctm. Sie beginnt unten schmal, 0·5 Ctm. breit und ca. 0·3 Ctm. tief und verbreitert sich allmälig unter gleichzeitiger Abflachung, so dass sie an ihrem oberen Ende sehr seicht ist und die Breite von ca. 2 Ctm. erreicht. Die darüber wegziehende Haut ist verdünnt, leicht runzlig, dabei aber etwas glänzend und lässt eine in der Mitte der Stirn dichotomisch sich theilende Vene deutlich durchschimmern. Durch Palpation überzeugt man sich leicht, dass diese Rinne nicht bloss durch eine Atrophie der Haut, sondern auch durch einen entsprechenden partiellen Knochenschwund bedingt ist. Die Sensibilität ist im Bereiche dieser Atrophie nur vermindert. Der anatomischen Lage nach entspricht sie dem Verlaufe der Stirnarterie und Vene, sowie dem medialen Zweige des Frontalnerven.

Mit aller Bestimmtheit führte Patientin die in Rede stehende Affection auf die Contusion in der Jugend zurück. Das Merkwürdige hierbei läge nur in dem nach dem Trauma so späten Auftreten der Atrophie; doch ist auch in dem einen Wilson'schen Falle das nämliche Verhalten constatirt. Dass eine Contusion an sich eine atrophirende Wirkung haben kann, ist im Allgemeinen sichergestellt und wir hätten es hier nach der Meinung des Verf. mit einem seltenen und interessanten Falle einer Trophoneurose zu thun, wobei es allerdings dahin gestellt bleiben muss, ob die den Rückgang in der Ernährung und Anbildung hervorrufende Läsion den Nervenast im Ganzen oder nur die in der Arterienwand eingebetteten vasomotorischen Zweige getroffen hat und ob Letzteres zur Erzeugung einer Atrophie genügt.

Estradère, der acht Fälle von Pustula maligna beschreibt (**76**), fand in sechs derselben den innerlichen und äusserlichen Gebrauch von Carbolsäure von grossem Nutzen.

Michaud beobachtete (77) einen Fall von idiopathischem Ulcus perforans pedis, bei welchem er die Nerven nicht degenerirt, sondern nur eine periphere Sklerose der Endfasern der Nervenverzweigungen vorfand. Er unterscheidet diesen und ähnliche Fälle von jenen bei Ataxie, Paralyse u. s. w., welche bisweilen von einer degenerativen Neuritis begleitet sind.

78. **Weisse.** Folliculitis sebacea. (Am. Arch. of Derm. Vol. II. Nr. 2, 1876. Vortr. in der New-Yorker derm. Ges.)
79. **Tittel.** Ein Fall von Hämatidrosis. (Arch. f. Heilk. 1876.)
80. **Martineau.** Behandlung der Pityriasis capitis durch Chloralhydrat. (Bull. de Thérap. XC. S. 39, 1876.)
81. **Jones** und **Aitkins.** Mikroskopischer Befund in einem Falle von angeborner Kahlheit. (Dubl. Journ. of med. Sciences. September 1875.)
82. **Stowers.** Behandlung der Alopecia areata. (The Brit. med. Journ. v. 21. Aug. 1875.)
83. **Pick.** Ueber Dermatomykosis palmellina (Tagbl. d. deutsch. Naturforschervers. in Graz, 1875.)
84. **Duhring.** Unbekannte Eier im menschlichen Haar. (Am. Arch. of Derm. II. 3. 1876.)
85. **O'Neill.** Ein Parasit der Haut. (The Lancet 20. Febr. 1875.)

Weisse schlägt (78) für die Akne den Namen Folliculitis sebacea vor (nach Köbner's „Folliculitis barbae", wie es scheint gebildet, eine lateinische Nomenclatur mit griechischer Flexion, die wir nicht billigen möchten. Ref.). Verf. erklärt dieselbe für eine Entzündung des Grundgewebes des Follikels, hervorgerufen durch eine mangelhafte Anfüllung der Drüsenepithelzellen mit animalischem Fett, welches im Blute in zu geringer Quantität circulirte. Verf. stellt folgende Punkte als Charakteristica der Akne auf:

1. In allen Akneformen ist ein gewisser Grad von Entzündung der Follikelwand vorhanden.

2. Mangelhafte Zufuhr von Fett in der Nahrung ist meist bei Aknekranken zu finden. (? Ref.)

3. Der Mangel des animalischen Oels im Capillarblut der Follikelwand macht das Sebum weniger flüssig, erzeugt Stockung desselben,

dadurch Druck und Reizung der Wand, Entzündung und die weiteren Veränderungen.

4. Die innerliche Therapie soll in der Lieferung von Fett für das Blut bestehen.

5. Die äusserliche Therapie in Antiphlogose, Entfernung des Follikelinhaltes, Douchen mit heissem Wasser, Schwefel- und Kampherwaschungen; Bismuth und Kalkpulver.

Tittel theilt (**79**) einen Fall von Hämatidrosis mit, der einen Mann betrifft.

Der junge Mann, um den es sich in diesem Falle handelt, hatte bereits als Kind Blutschwitzen, Blutharnen und blutige Stuhlentleerungen zu bestimmten, bald vorübergehenden Zeiten beobachtet. Nach einem heftigen Gemüthsaffecte, den er im späteren Knabenalter erlitt, traten dieselben Erscheinungen vehementer auf; eben so in den letzten Jahren. Diesen Anfällen von Blutsecretionen an der Haut und durch die inneren Secretionsorgane gingen höchst lebhafte nervöse Störungen voran (allgemeine Benommenheit, Schwindel, Unlust zur Arbeit, Schlafsucht) und während derselben noch ein höchst verlangsamter Puls (40). Da T. Gelegenheit hatte, solche Blutschwitz-Anfälle genau zu beobachten, so berichtet er ganz bestimmt darüber, dass die Secretion des Blutes an der Haut (Stirne, Handteller und Fusssohlen) durch die Schweissdrüsen erfolgt sei, welche Thatsache er auch durch mikroskopische Untersuchung von Seite des Prof. Wagner genau bestätigen konnte.

Martineau (**80**) lässt eine 5pctige wässrige Lösung von Chloralhydrat bei Pityr. cap. anwenden, von welcher 1—2 Esslöffel erwärmt und dann mit einem Schwamm auf die Kopfhaut gerieben werden. Die Haut wird nicht abgetrocknet. Bald legt sich das Jucken und die Abschuppung. Doch ist es rathsam, die Waschungen einen Monat lang täglich vorzunehmen. Bei Complicationen mit Erythem oder papulösem Eczem wird Liquor hydr. bichlor. corros. (Liq. van Swieten) 20 auf 100 Theile der obigen Lösung zugesetzt. Nach dem Verschwinden der Complication kehrt Verf. zur ersten Vorschrift zurück.

Ein von Jones und Aitkins (**81**) untersuchtes Individuum mit angeborener Alopecie, verbildeten Fingernägeln, unregelmässig

gestellten Zähnen zeigte die Cutis des Haarbodens ersetzt durch ein strangförmiges areoläres Gewebe mit eingelagerten Fettzellen und Körnchenhäufchen. Dazwischen fanden sich veränderte Follikel. Papillen hie und da angedeutet. Die Epidermis atrophisch.

Bei Alopecia areata hat Stowers (**82**) in mehreren Fällen Erfolg von local reizenden Mitteln gesehen, die neben einer allgemein tonisirenden Behandlungsweise angewendet wurden, und zwar besonders von: Liquor ammonii caust. und Spirit. terebinthinae; das wirksamere von beiden ist eine starke Lösung Aetzammoniak, die 2mal täglich mit einem Flanell-Läppchen energisch in die Kopfhaut eingerieben wird. Nach und nach entwickelt sich ein Reizungszustand der Haut, der zuweilen so stark wird, dass er nur eine seltenere Anwendung des Mittels gestattet. Nach einigen Wochen kamen Wollhärchen zum Vorscheine, an deren Stelle später normale Haare traten. (Trotz der Reizung. Ref.)

Wenn Ammoniak nicht vertragen wird, so bedient man sich des etwas weniger wirksamen Terpentinöls. Die Behandlung muss auf alle Fälle durch mehrere Monate fortgesetzt werden.

Pick macht (**83**) eine vorläufige Mittheilung über eine neue parasitäre Affection, welche in zwei Formen auftritt: 1. als kleine runde oder oblonge, einzelne oder in Häufchen stehende Zellen, unter welchen sich manche in Theilung befindliche biscuitförmige zeigen; 2. als Zooglaea in eine gelatinöse, farblose oder gelbrothe Masse eingebettet. Sie wurden an den Haaren der Achsel, Brust, des Handrückens, an der Innenseite des Oberschenkels und an der Schamgegend gefunden. Bisweilen dringen die Elemente in die Haut selbst ein. Genauere Mittheilungen über den Pilz und über die Erscheinungen der Krankheit, welcher P. den Namen Dermatomykosis palmellina beilegt, werden folgen.

Duhring beschreibt (**84**) eigenthümliche Körper an etwa einem Dutzend Haare eines sonst gesunden Mannes, welche er als Eier erkannte. Sie waren elliptisch geformt, an einem Ende am Haarschaft nahe der Wurzel haftend, ziemlich consistent, $^1/_2$ Linie lang, $^1/_{12}$ Linie breit, am freien Ende abgerundet, strohgelb. An einem Faden fanden sich 5—12, dicht an einander gedrängt. Der Kranke hatte seit vier

Tagen eine geringe papulo-pustulöse Eruption auf der Kopfhaut bemerkt. Ueber das Insekt, von welchem die Eier stammten, weiss der Verf. nichts anzugeben.

Unter den Bewohnern der Westküste Afrikas kommt nach O'Neill (**85**) häufig eine Hautkrankheit vor, welche mit der Scabies ziemlich grosse Aehnlichkeit hat und von den Eingeborenen Craw-Craw genannt wird. Das Leiden ist contagiös und soll 3 Tage nach erfolgter Infection zum Ausbruche kommen; meist bilden sich in den Fingercommissuren an der Volarseite der Handwurzel und an der Streckseite der Ellbogengegend zuerst Papeln von Stecknadelkopfgrösse, die starkes Jucken bedingen, nach etwa 2 Tagen werden daraus Bläschen und aus diesen bald Pusteln.

Die Therapie ist dagegen ziemlich machtlos, doch soll das Leiden beim Aufenthalte in kühlerem Klima latent werden, um bei der Rückkehr in die Tropen wieder auszubrechen. O'Neill untersuchte den Inhalt der Bläschen und Pusteln mikroskopisch, ohne etwas anderes als Eiterkörperchen zu finden.

Erfolgreicher untersuchte er die Knötchen und zwar in folgender Weise: Es wurde eine Hautfalte gebildet, auf deren Höhe die zu untersuchende Papel sass, von dieser dann die Epidermis mit einem scharfen Messer abgeschnitten und hierauf die Papel selbst an der Basis abgeschnitten und mit einem Tropfen Wasser auf den Objectträger gebracht; da fand Verf. fast ohne Ausnahme wenigstens einen Parasiten, bei etwas tieferer Schnittführung deren mehrere.

Dieselben stellten fadenförmige Würmer von 0·01 Zoll Länge und etwa 0·002 Zoll Breite dar, welche am hinteren Ende plötzlich dünner werden und zugespitzt enden. An dem abgerundeten anderen Ende bemerkte Verf. zwei dunklere Punkte, welche er nicht deutet, und die zugleich das ganze anatomische Detail bilden, das bei einer 200fachen Vergrösserung beobachtet wurde. Die Thiere machten anfangs sehr lebhafte Bewegungen, die allmälig aufhörten.



Syphilis.

1. **Rutenberg.** Ein Blasenspiegel beim Weibe. (Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med. 1876. Nr. 7.)
2. **Prince.** Spritze für Urethralinjectionen bei Blennorrhöe der Harnröhre. (Medical Times Nr. 1321. 1876.)
3. **Vogel.** Zum Mechanismus der Tripperinfection. (Centralbl. f. Chir. 1875, Nr. 42.)
4. **Althaus.** Fall von Neuralgie nach Gonorrhöe mit dem constanten Strom behandelt. (Medical Times and Gazette. April 8. 1876.)
5. **Forneaux Jordan.** Ausbreitung der Entzündung von der Epididymis auf die Urethra. (Med. Times. März 1876.)
6. **Monette.** Behandlung der Orchitis syphilitica. (The Amer. Practit. Febr. 1876.)
7. **Ultzmann.** Zur Therapie der Pollutionen und der Spermatorrhöe. (Wiener med. Presse Nr. 18, 1876.)

Rutenberg (**1**) gibt an, dass man nach Einführung eines Simon'schen Urethralspeculums die sich vor die hintere Oeffnung legende Schleimhaut der Blase ziemlich gut sehen könne, dass es jedoch bei leerer Blase nicht möglich sei zu bestimmen, welchen Theil derselben man in's Gesichtsfeld bekommt. R. versuchte deshalb die Blase dabei auszudehnen, und zwar durch Luft. Das Speculum wird vorn durch ein Fenster verschlossen, und durch einen seitlich angebrachten Gummischlauch wird nun die Blase aufgebläht. Um die vordere Wand zu besichtigen, kann auch noch ein nach Analogie des Kehlkopfspiegels geformter Spiegel durch das Speculum eingeführt werden.

Prince gibt zu Injectionen in die Harnröhre eine Spritze an (**2**), welche mit einem ab- und anschraubbaren katheterförmigen

Ansatze für die Urethra versehen ist, der an seinem der Blase zugekehrten Ende in eine Olive ausläuft, vor welcher die für den Austritt der einzuspritzenden Flüssigkeit bestimmten kleinen Löcher sich finden. Solcher Ansätze soll der Arzt eine ganze Suite, theils gerade, theils gekrümmte von verschiedenem Caliber, je nach den Dimensionen der zu behandelnden Organe verwendbar, besitzen. Das Instrument wird bis an jene Stelle in die Harnröhre eingeführt, wo man den Sitz des Leidens (nach der Empfindlichkeit des Kranken bei der Betastung des Penis) (gibt es denn sonst keine Behelfe? Ref.) vermuthet. Dann wird die gefüllte Spritze angeschraubt und eingespritzt. Die Flüssigkeit wird sich zwischen jener Olive und dem Orific. cutan. urethr. stauen, beim Herausziehen des Instrumentes abfliessen und bei dieser Gelegenheit das zwischen den Falten der Harnröhrenschleimhaut situirte Secret wegspülen. Man verbindet auf diese Weise die Application eines Adstringens mit der gründlichsten Reinigung der Harnröhre und vermeidet nach dem Verf. eine Uebertragung des Secretes erkrankter Schleimhautstellen auf gesunde Partien.

Vogel hat folgende Hypothese über die Tripperinfection aufgestellt (**3**): Die Harnröhrenmündung des Mannes stellt unter normalen Verhältnissen einen geschlossenen Spalt dar. Wird auf die Eichel ein gleichmässiger Zug oder Druck ausgeübt, so entsteht ein leichtes Klaffen der Harnröhrenmündung und die Schleimhaut stülpt sich im Umfange eines halben Quadratcentimeters ungefähr nach aussen vor. Beim Vordringen des Penis in die Vagina wird durch die enganschliessende Vaginalwand ein Ectropium der Urethralschleimhaut zu Stande kommen, welches einen innigen Contact der letzteren mit der hinteren Vaginalwand und somit eine Infection mit virulenten Secreten ermöglicht. Weite Urethralmündung, Hypospadie, Phimose u. s. w. begünstigen die Infection. Therapeutisch wäre es des Versuches werth, nach einem verdächtigen Coitus das Ectropium der Harnröhre künstlich durch Fingerdruck zu erzeugen und die umgestülpte Schleimhaut mit desinficirenden Lösungen zu bepinseln.

Ein 42jähriger Patient von Althaus (**4**) hatte vor 4 Jahren 12 Monate lang an Tripper gelitten. Nachdem er 6 Monate von Ausfluss frei geblieben war, heiratete er. Bei jeder Cohabitation wurde heftiger Schmerz im hintern Theile der Harnröhre empfunden und bei

einer Pollution wurde Blutabgang bemerkt. Allmälig stellten sich äusserst quälende Schmerzen in der Lumbargegend ein, die in Lenden, Hüften und Oberschenkel ausstrahlten und besonders des Morgens und beim Fahren unerträglich wurden; daneben bestanden fortwährend Schmerzen im Prostatatheile der Urethra und Irritabilität der Blase. Schlaflosigkeit, Tremor, schiessende Schmerzen, Prickeln und Taubheit in den Unterschenkeln, Schwund des Fetts und der Muskeln gewährten einen Symptomencomplex, wie er sich bei Rückenmarkserkrankung zu finden pflegt. Verf. applicirte den constanten Strom: Katelectrotonus des Rückenmarks, ferner Kathode auf die Lumbargegend, Anode auf das Perineum. Die Wirkung war ähnlich der einer Morphiuminjection; die Schmerzen cessirten zuerst auf Stunden, später immer länger, bis nach sieben Wochen der Patient geheilt schien.

Ausbreitung der Entzündung von dem Nebenhoden auf die Harnröhre constatirte Forneaux Jordan (5) wiederholt. Durch ein Trauma entstand eine deutlich nachweisbare Epididymitis; diese führte zur Entzündung des Samenstranges, zu der sich dann im Verlaufe weniger Tage ein regelrechter Tripper (? Ref.) gesellte. Die Anamnese konnte immer mit Exactheit eine vorausgegangene Ansteckung ausschliessen. Das Secret war reichlich und etwas lichter, als es sonst bei Tripper zu sein pflegt. Nebenbei sei nur noch erwähnt, dass auch Epididymitis, auf die geschilderte Weise zu Stande gekommen, alle Phasen bis sogar zur Abscessbildung durchlaufen kann, ohne dass es zum Tripper kommt. Umgekehrt entsteht nach Tripper Epididymitis nur dann, wenn der prostatische Theil der Harnröhre ergriffen ist. Dass nach einem Trauma — ausser einer Harnröhrenblennorrhöe die häufigste Ursache der Nebenhodenentzündung — nicht Orchitis, sondern Epididymitis entsteht, hat seinen Grund in dem anatomischen Baue, in der Einkapselung des Organs innerhalb der strammen Albuginea testis, welche, wie ein Compressionsverband, der Entwicklung der Entzündungsvorgänge keinen Raum lässt. Aus den erwähnten Fällen folgt weiter, dass es Blennorrhöen der Harnröhre gibt, welche nicht durch sexuellen Contact entstanden sein können, was in legaler Beziehung zuweilen von Wichtigkeit ist. Was die Therapie anlangt, ist nur hervorzuheben, dass Verf. ein grosses Gewicht auf die Compression legt, sonst aber wendet er die gewöhnlichen antiphlogistischen Mittel an.

Bei der Orchitis und Epididymitis syphilitica gibt Monette (6) $^1/_{16}$ Gran Sublimat mit 10 Gran Jodkalium alle 4 Stunden und bedeckt den Hoden mit einem Cantharidenpflaster. Bei grossem Schmerz Morphium subcutan, jedenfalls ein Suspensorium. Die Wirkung des Blasenpflasters soll hier vollständig abgewartet werden. Die eiternde Wundfläche wird mit Charpie, die in Ricinusöl getränkt ist, verbunden. In 18—20 Stunden soll bereits eine erhebliche Verkleinerung der Geschwulst sichtbar sein.

Die gonorrhoische Epididymitis wird blos mit einem Cantharidenpflaster behandelt, das aber nicht bis zur Blasenbildung liegen bleibt, und in längstens 2 Tagen geheilt. Die traumatische Orchitis verlangt anfangs kalte Umschläge, dann ebenfalls ein Cantharidenpflaster.

Unter Pollution versteht Ultzmann (7) eine mehr oder weniger copiöse Samenentleerung, welche unter wohllüstigen Empfindungen und bei steifem Gliede gewöhnlich im Schlafe unter krampfhaften Contractionen der Musculatur der Samenblase, der Ductus ejaculator. und der Harnröhre zu Tage gefördert wird — unter Spermatorrhöe hingegen ein ganz geringes, tropfenweises, jedoch continuirliches Abfliessen der Samenflüssigkeit, welches nur bei Druck auf die Samenblase wie bei der Defäcation oder nach dem Uriniren copiöser wird. Der Samenabfluss findet ohne jede geschlechtliche Erregung und ohne Wollustgefühl statt.

Bei der Differentialdiagnose müssen jedesmal 1. der Same, 2. das Sediment des Nachturins und 3. der klebrige Ausfluss nach dem Stuhlgange mikroskopisch untersucht werden.

Der normale entleerte Same ist bekanntlich ein Gemisch reinen Samens mit der Absonderung der Samenbläschen, der Prostata und der Cowper'schen Drüsen. — Die entleerte Menge desselben beträgt bei einmaliger Entleerung ungefähr 5 Gramme.

Der Same hat eine weissliche Farbe, einen eigenthümlichen faden Geruch und alkalische Reaction. Seine Consistenz ist unter normalen Verhältnissen unmittelbar nach der Ejaculation fadenziehend, bald jedoch erstarrt er gelatinös, um nach 5 bis 10 Minuten dünnflüssig zu werden. Mikroskopisch sind blos lebende, d. h. sich sehr lebhaft bewegende Spermatozoën mit langen Schwänzen in grosser Menge, ferner einzelne kleine Epithelzellen aus den samenführenden Wegen und feine Körnchen nachweisbar.

Die Consistenz des Sperma betreffend, erstarrt ein kräftiger Same sehr bald nach der Ejaculation zu einer einem Buchbinderkleister ähnlichen Masse. Same von Schwächlingen hingegen, oder ein Same, der mehr aus den beigemengten Secreten der samenführenden Wege, als aus reinem dem Hoden entstammenden Samen besteht, ist wässerig, dünnflüssig und erstarrt entweder gar nicht oder nur sehr wenig.

Die Farbe eines normalen Sperma ist weisslich schillernd. Dünnflüssiger wässeriger Same ist wasserhell. Bei Katarrh und Entzündung der samenführenden Wege ist der Same dem Eitergehalte entsprechend gelblich gefärbt. Nach forcirtem, häufig wiederholtem Coitus wurde öfter rother blutiger Same beobachtet. An eingetrockneten Samenflecken, wie solche an der Wäsche von an Pollutionen Leidenden immer zu sehen sind, kann man auch zuweilen rothe, violette oder selbst blaue, die einzelnen Flecke umgebende Ringe wahrnehmen, welche aus Indigo bestehen. Solche blaue Samenflecke können zuweilen bei sehr reizbaren nervösen Männern beobachtet werden.

Alle Samenflüssigkeiten reagiren mehr oder weniger alkalisch.

Die Spermatozoën müssen wohl gebildet, d. h. mit normalem Kopf- und entsprechend langem Schwanzende versehen sein, das Schwanzende muss den Kopf wenigstens um seine zehnfache Länge übertreffen. Die Spermatozoën müssen in grosser Menge vorhanden sein und noch wenigstens 12 Stunden nach der Entleerung Bewegung zeigen.

Mit der Schwäche der Potenz, wie auch im vorgerückten Alter nimmt die Zahl der Spermatozoën ab, das Schwanzende wird kürzer und kürzer, um schliesslich ganz zu verschwinden. Unter pathologischen Verhältnissen können ähnliche Befunde auch bei ganz jungen und selbst kräftigen Männern vorgefunden werden. Sperma mit sehr spärlichen Samenfäden ist bei jungen Männern, welche an verschiedenartigen Erkrankungen der samenführenden Wege leiden oder gelitten haben, nichts Seltenes. Bei geschwächten, an Impotentia coëundi leidenden Männern kann man häufig spärliche Spormatozoën mit kurzem Schwanzende oder auch nur freie Köpfe mikroskopisch sehen. — Seltener ist der gänzliche Mangel an Spermatozoën, doch kommt derselbe auch bei kräftigen und gesunden, aber kinderlosen Männern vor, und es ist zu bemerken, dass solche weder an Impotentia coëundi, noch an Aspermatie, noch an Atrophie der Hoden leiden.

Sehr häufig geht mit der Verminderung der Samenfäden eine fettige Degeneration (? Ref.) des Samens einher. Man findet in solchen

Fällen, nebst spärlichen kurzgeschwänzten Spermatozoën, viel granulirte freie Körnchen und granulirtes Epithel, nebst moleculärem Detritus.

In stark dünnflüssigem, wässerigen Samen findet man schon einige Stunden nach der Entleerung desselben sehr zahlreiche wasserhelle rhomboëdrische Krystalle, welche im normalen Sperma erst nach 24 Stunden und dann nur einzeln, gewöhnlich jedoch gar nicht gefunden werden. — A. Böttcher hält diese Krystalle für Eiweisskörper, der Verf. für phosphorsaure Magnesia.

Bei Entzündung der Samenblasen und des Vas deferens findet man dem Samen Eiterkörperchen oft in sehr beträchtlicher Menge beigemengt. Beim Katarrh dieser samenführenden Wege findet man einzeln Eiter- und Blutkörperchen den Spermatozoën beigemengt.

Pollutionen sowohl, als auch Spermatorrhöe kommen vor bei Krankheiten der Samenblasen, der Prostata, der Pars urethrae prostatica und membranacea, ferner bei Leiden des Centralnervensystems und bei allgemeiner Reflexerregbarkeit, bei Nervosität.

Was die Krankheiten der Samenblasen betrifft, so ist es gewöhnlich die Entzündung der Samenblasen, welche am häufigsten Samenergüsse erzeugt. Dieselbe ist gewöhnlich eine Fortpflanzung der Entzündung aus der Pars prostatica urethrae. Es können alle jene Momente, welche Orchitis und Epididymitis erzeugen, auch eine Entzündung der Samenblasen verursachen; — so Gonorrhöe, Prostatitis, Verletzungen der Prostata beim Katheterismus u. dgl. mehr.

Die Entzündung ergreift wie die Epididymitis gewöhnlich nur eine Samenblase. Pat. fühlt einen dumpfen, oft stechenden Schmerz im Mastdarme und wird von schmerzhaftem Stuhl- und Harndrange gequält, leidet an starken und schmerzhaften Erectionen des Gliedes und zu gleicher Zeit an schmerzhaften Pollutionen, welche in diagnostischer Beziehung charakteristisch sind. — Dieselben haben nämlich entweder eine gelbliche oder eine gelbröthliche Farbe und mikroskopisch kann man nebst Spermatozoën reichlich Blut- und Eiterkörperchen nachweisen. — Bei der Untersuchung mit dem Finger vom Mastdarme aus findet man die Prostata empfindlich und oberhalb derselben die entzündete Samenblase schmerzhaft und vergrössert.

Von den Prostatakrankheiten erwähnt der Verf. in erster Linie die hochgradigen Vergrösserungen dieses Organes, wobei man sehr häufig einen geringen, jedoch continuirlichen Abfluss von Samen findet. — Besonders häufig im Sedimente des Nachturins. Die Muskelapparate,

welche unter normalen Verhältnissen den Verschluss der Duct. ejaculator. bilden, und welche in die Substanz der Prostata selbst eingebettet sind, sollen nach U. durch das hypertrophische Drüsengewebe in der Weise auseinandergeschoben werden, dass ein Klaffen des Duct. ejaculat. am Collicul. seminalis sich einstellen muss. — Die entzündlichen Krankheiten der Prostata erzeugen nur dann Samenfluss und zwar Pollutionen, wenn zu gleicher Zeit die Samenblasen ergriffen sind.

Die Veränderungen in der Harnröhre betreffend, findet man bei Pollutionen immer (? Ref.) Hyperästhesie der Harnröhre, besonders der Pars membranacea und prostatica. — Untersucht man diese Partie mit einem Endoskop, so findet man meistentheils die Schleimhaut der ganzen Pars prostatica und membranacea stark geröthet, während der Bulbus und die Pars pendula rosenroth gefärbt erscheinen. Die Röthung geht zuweilen bis in das stärkste Dunkelroth über. Ausserdem sieht man stark injicirte Gefässe und zuweilen die Schleimhaut dieser Partie an Stellen wie vom Epithel beraubt oder auch rauh und griesig.

Bei Leiden des centralen Nervensystems finden sich bald Pollutionen und bald Spermatorrhöe, und zwar Pollutionen mehr bei Reizungserscheinungen, Spermatorrhöe mehr bei Erschlaffungs- und Lähmungserscheinungen (z. B. bei Tabetikern). — Ein sehr starkes Contingent liefern die nervösen, mit erhöhter Reflexerregbarkeit behafteten Männer, welche im frühen Jünglingsalter der Onanie ergeben waren und durch Lesen von Büchern über Selbstbefleckung hypochondrisch geworden sind.

Da bei Pollutionen der Same jedesmal stossweise und in grösserer Menge ausgeschieden wird, dabei heftige Contractionen des betreffenden Muskelapparates stattfinden, so wären Pollutionen Samenentleerungen, welche durch leicht auslösbare Reflexkrämpfe der Samenblasen- und der Harnröhrenmusculatur erzeugt werden; und unter Spermatorrhöe, d. i. unter dem continuirlichen Abfliessen des Samens müsste man sich einen Lähmungs- oder wenigstens einen Erschlaffungszustand der Musculatur in den Duct. ejaculat. denken.

Was die Therapie betrifft, bewährt sich nach U. neben den allgemeinen diätetischen und physischen Medicamenten am besten das Extr. Secalis cornuti, und zwar in der Dosis von 0·50 pro die.

Kali bromatum wirke nur in grösserer Dosis bis zu 3.00 pro die bei sehr empfindlichen und aufgeregten Patienten, jedoch nicht auf die Dauer.

Viel wirksamer als die innerlichen Mittel hat sich die locale Therapie erwiesen. — Das Aetzen der Pars prostat. urethrae vermittelst des Lallemand'schen Aetzmittelträgers mit salpetersaurem Silberoxyd ist jedoch eine sehr schmerzhafte und oft von unangenehmen Folgen begleitete Operation, indem Ischurie, vollständige Harnverhaltung, Blutharnen und ähnliche unangenehme Ereignisse zu den gewöhnlichen Vorkommnissen zählen. Verf. wendet statt dessen Harnröhrenzäpfchen mit Nitr. arg. und bisweilen anfangs zuerst Tanninzäpfchen (Tann. 0,50, Morph. mur. 0,10, But. de Cacao 2,00) an.

Die besten Erfolge hat Verf. durch das Einlegen dicker Metallsonden erzielt. Die Steinsonden müssen wenigstens die Dicke von Charrière Nr. 20 haben, Nr. 24, 25 und 26 sind die gewöhnlich in Gebrauch gezogenen starken Sonden.

Die Sonden werden täglich eingeführt und 20 bis 30 Minuten lang liegen gelassen. Das Einführen der Sonden muss 6 bis 8 Wochen lang fortgesetzt werden.

Durch das mechanische Verfahren mittelst dicker Sonden soll nach dem Verf. allmälig die supponirte Hyperämie in der Pars prostatica und membranacea beseitigt, dadurch die Hyperästhesie dieser Theile wesentlich vermindert und schliesslich der normale Zustand herbeigeführt werden.

Bei Spermatorrhöe hat sich noch die Anwendung des inducirten Stromes bewährt. Es wird nämlich ein 5 Centimeter langer Metallzapfen als Rheophor in den Mastdarm eingeführt, der andere Pol an das Perineum hinter das Scrotum angesetzt und ein verhältnissmässig stark inducirter Strom hindurchgeleitet. Verf. erklärt dies dadurch, dass er die Spermatorrhöe, wie schon bemerkt, als einen Lähmungszustand der samenführenden Gänge ansieht.

8 **Schaeffer**. Lithiasis praeputii. (Berliner med. Wochenschr. 1876.)
9. **Beardsley**. Phimose und Paraplegie. (Med. and surg. report. 1875. XXXIII. Nr. 8.)
10. **Weisflog**. Zur Behandlung phagedänischer Geschwüre. (Virchow's Arch. LXVI. 3. p. 311. 1876.)

Nach Schaeffer (8) sammeln sich bei höheren Graden phimotischer Verengerung der Vorhaut öfter Smegma, Epithelialschuppen und Niederschläge aus dem Urin, besonders hinter der Corona herum an und

können schliesslich zur Eintrocknung dieser Secrete, d. i. zur Bildung von festen Concretionen, den sogenannten Präputialsteinen führen. Diese reizen die an und für sich empfindliche Glans, führen Excoriationen derselben und so eine dauernde Entzündung der Eichel und des inneren Blattes der Vorhaut herbei. Schliesslich können die Präputialsteine den ganzen Vorhautsack in einer Weise ausfüllen, dass sie die Eichel panzerartig umschliessen und comprimiren, selbst tief ins Gewebe der Glans eindringen und so langwierige Geschwürsprocesse mit allen ihren Folgen veranlassen.

Im Ganzen sind jedoch so massenhafte Ansammlungen von Concrementen im Vorhautsack ungemein selten.

Verf. publizirt nun folgenden Fall: Der ledige Bauer B., 46 Jahre alt, klagte über Harnbeschwerden, die er seit vielen Jahren habe. Erectionen seien immer sehr schmerzhaft gewesen. Nach und nach habe sich vorn am Gliede eine Geschwulst entwickelt, die von Jahr zu Jahr grösser geworden sei. Er brauche oft eine Viertelstunde um etwas Urin tropfenweise unter heftigen Schmerzen zu entleeren.

Die Inspection des Penis ergab an der Eichel eine apfelgrosse, sehr harte Geschwulst. Die Oberfläche der Geschwulst war glänzend, dabei derb, callös anzufühlen. Beim Hin- und Herpressen hörte man in der Geschwulst ein Geräusch, als wenn aneinanderliegende Steine gerieben würden. Die Präputialöffnung war schwer zu finden, da mehrere Oeffnungen mit stark entzündeten, excoriirten Rändern in der Geschwulst vorhanden waren. Beim Sondiren konnte Verf. kaum mit einer silbernen Haarsonde zwischen den steinigen Gebilden hindurch 1 Ctm. vorwärts kommen. Die Sondirung von den Fistelöffnungen aus ergab dasselbe Resultat. Aus allen diesen Oeffnungen kamen bei starkem Pressen einige Tropfen Urin zum Vorschein.

Nach diesem Befunde war kein Zweifel, dass es sich um eine angeborne Phimosis und consecutiv um Präputialsteine handle.

Da es unmöglich war das Blatt einer Scheere oder Hohlsonde behufs Spaltung der Vorhaut zwischen diese und die Eichel einzuschieben, so spaltete Verf. (nach Pitha) mit einem Längsschnitte oben die Vorhaut von hinten nach vorn. Die Steine waren aber so fest ineinander gefügt, dass Verf. längere Zeit brauchte, um mit einer kräftigen Kornzange den gleichsam den Schlussstein des Gewölbes bildenden Stein mit ziemlichem Kraftaufwande herauszuheben. Darauf fielen einige Steine heraus.

Verf. musste hierauf erst starke fibröse Stränge theils durchschneiden, theils durchreissen, um zu dem 2., 3., 4. und 5. derartigen Neste zu gelangen und entfernte auf diese Weise 40 grössere und kleinere Steine, welche sehr schön abgeschliffene Flächen zeigten. Eine Menge Gries wurde weggespült. Die Steine wiegen: 11·1 Grm., der grösste allein wiegt: 1·1 Grm. Sie verdrängen zusammen 6·85 Grm. Wasser, der grösste allein 0·85 Grm. Wasser. Sie haben ein specifisches Gewicht von 1·3. Der grösste Stein zeigt 7 Schliffflächen; die übrigen Seiten sind rauh, höckerig anzufühlen.

Die Steine bestehen aus Harnsäure mit Trippelphosphat in der Hauptmasse; die Rinde enthält keine Harnsäure. Ausserdem tritt beim Auflösen Kohlensäure- und Schwefelwasserstoff-Entwicklung ein.

Nachdem Verf. sich überzeugt hatte, dass alle Steine und der Gries entfernt seien, vollendete er die Phimosis-Operation nach der von Roser angegebenen Weise mit Einnähen einer kleinen V-förmigen Schleimhautfalte. Die Blutung konnte mit Eiswasser gestillt werden. die ganze Operation war ohne besonderen Zwischenfall verlaufen. — Die oben erwähnten fibrösen Stränge, gleichsam die Bindemittel des Steingewölbes, sind die Reste des inneren Blattes der Vorhaut. Es hatten sich in diesem Falle die Steine nicht in die Schleimhaut der Glans, sondern in die der Vorhaut hineingepresst, und Entzündung, Verschwärung, Hypertrophie derselben hervorgerufen; denn an der Glans waren durchaus keine Narben von früher stattgehabten Ulcerationsprocessen zu bemerken. Im Gegentheil erschien die Glans atrophisch, jedenfalls durch die seit Jahren bestehende Compression. Die Harnröhrenmündung war in Folge dessen sehr eng und erweiterte Verf. dieselbe durch Liegenlassen eines eingeführten Stückes eines elastischen Katheters, durch den einige Fäden gezogen waren, die er mit Heftpflasterstreifen am Penis befestigte.

Bei verschiedenen Individuen jüngeren Alters (zwischen 1 und 14 Jahren) beobachtete Beardsley (**9**) eigenthümliche nervöse Zustände, welche ihren Hauptausdruck fanden in einer mehr oder weniger ausgebildeten Lähmung der Unterextremitäten, in oft sich wiederholenden Krampfanfällen und Abnahme der geistigen Fähigkeiten. 4 Mal gelang es durch Operation der vorhandenen und lange Zeit übersehenen Phimose den peripheren Reiz zu entfernen, ein freies Uriniren zu ermöglichen und so in kurzer Zeit alle krankhaften Erscheinungen zu beseitigen.

Um den oft so ausserordentlich heftigen Schmerz bei phagedänischen Geschwüren zu mildern, hat Weisflog (**10**) die Eintauchung des erkrankten Gliedes in ein faradisirendes Bad als ein vortreffliches Mittel erprobt, wobei der Schmerz sofort aufhört. Kann der erkrankte Körpertheil nicht unter Wasser getaucht werden, so empfiehlt W. die Faradisation der nach dem Geschwür verlaufenden Nerven, die zwar nicht sofort ausgiebig beruhigend wirkt, aber doch den Schmerz bedeutend lindert und sehr erträglich macht.

Das faradisirende Bad wird in der Weise bereitet, dass bei möglichst schwachem Strome die eine der Elektroden auf den Boden des warmes Wasser enthaltenden Badegefässes gelegt und nach Untertauchung der Wunde die andere Elektrode, die mit Schwamm umwunden ist, ganz allmälig mit einem Finger nach dem andern umfasst wird, je nachdem die Wunde die Elektrizität erträgt.

In derselben Weise regulirt bei der directen Faradisation, bei der die Gegend der nach der Wunde verlaufenden Nerven mit einer Schwammelektrode leise bestrichen wird, der Kranke selbst die Stromstärke durch festeres oder leiseres Fassen der anderen Elektrode mit einem Finger oder mit mehreren.

Da sich die Kranken sehr schnell darüber orientiren, wie sie Muskelcontractionen in der Gegend der Geschwüre zu vermeiden haben, kann man ihnen die Wiederholung der Faradisation selbst überlassen. Für die Bedeckung der Geschwüre in der Zwischenzeit hält W. mit Fett getränkte Charpie für geeignet, die die Kranken gewöhnlich allen anderen Bedeckungsmitteln vorzuziehen pflegen.

Die Schmerzen kehren anfangs nach der Faradisation zwar bald wieder, aber weniger heftig, und werden durch öfteres Faradisiren rasch beseitigt; allmälig werden die schmerzfreien Intervalle immer grösser und nach 8—10 Tagen ist die Empfindlichkeit nicht grösser als bei einem gewöhnlichen Geschwür. Das Aussehen des Geschwüres bessert sich zwar dabei nicht, aber ein passendes therapeutisches Eingreifen stösst nicht weiter auf Hindernisse. Unter den Quecksilbermitteln zieht W. das salpetersaure Quecksilberoxydul, das er in Salbenform im Verhältniss von 1 : 50 bis 60 anwendet, allen andern vor; anfangs erregt es zwar leichtes Brennen, aber die Geschwürsflächen reinigen sich bald, die erhabenen Ränder sinken ein und die Ueberhäutuug macht so gute Fortschritte, dass der ganze Process in 14—20 Tagen sein Ende erreicht.

Gleichzeitig vorhandene osteokopische Schmerzen weichen der faradischen Behandlung nicht in gleichem Maasse, doch leistet auch gegen diese das salpetersaure Quecksilberoxydul in der Form der subcutanen Injection sehr gute Dienste; doch darf die Lösung zu diesem Zwecke nicht zu stark sein. W. benutzt gewöhnlich eine solche in der Stärke von 1 : 100. Es wird in subcutanen Injectionen gut vertragen, führt nicht, wie die Sublimatinjection, zu neuen gangränösen Geschwüren, ist schmerzloser, führt dem Körper eine grössere Quantität gelösten Quecksilbers zu, ohne Salivation zu bewirken, und bringt keine Abscesse hervor, wenn nicht schon vorher Entzündung an der Injectionsstelle vorhanden war. W. macht die Injectionen nur alle 14 Tage, öftere Wiederholung ist durchaus nicht nöthig, aber auch nicht zu rathen. Eine derartige Behandlung von 2 Monaten genügt nach W. in der Regel, osteokopische Schmerzen vollständig zu beseitigen.

11. **R. W. Taylor.** Die klinischen Charaktere des syphilitischen Initialschankers der Brust. (Am. Arch. of Derm. Vol. II, Nr. 1, 1875.)

12. **Pflüger.** Ulcus induratum der Lidränder. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde 1876.)

13. **Vajda.** Beiträge zur Anatomie der syphilitischen Papeln der Geschlechtstheile.

Taylor (**11**) beschreibt 3 Fälle von syphilitischem Initialschanker der Brust, welche die drei von Fournier aufgestellten Hauptformen dieser Affection an der Brust darstellen. Diese drei Formen sind:

Die indurirte Fissur.

Die ekthymatöse Form.

Die oberflächliche Erosion.

Es wird darauf hingewiesen, dass diese Formen, wenn sie auch in einander übergehen, im Beginne doch oft ein verschiedenes Aussehen darbieten können, welches der Wichtigkeit der Diagnose wegen (Transmission der Syphilis von syphilitischen Kindern auf Ammen) genau gekannt werden muss.

Bei einem 72jährigen Manne fand Pflüger (**12**) beide Lidränder des linken Auges enorm angeschwollen, sehr hart, von einem scharf umrandeten, speckigen Geschwüre eingenommen. Dasselbe sonderte ein

zähes, weissliches Secret in solcher Masse ab, dass die Lidränder, kaum gereinigt, immer wieder miteinander verklebten.

Einige Tage nach Beginn der Behandlung entstand offenbar durch Impfung ein stecknadelkopfgrosses, rundes, speckiges Geschwürchen mit infiltrirten Rändern auf der Wange. Ein primäres Geschwür an den Genitalien war eben so wenig als irgend eine andere syphilitische Affection nachzuweisen, doch wurde eruirt, dass eine Nachbarsfrau des Kranken, mit der dieser intime Beziehungen hatte, Syphilis der Genitalien hatte.

Die Behandlung bestand in der Schmierkur, häufiger Betupfung mit Lapis mitigatus und Waschungen mit einer leichten Sublimatlösung. Nach drei Wochen war das Geschwür geheilt und die Infiltration der Lider geschwunden. Weitere syphilitische Erscheinungen traten nicht auf.

Vajda fand (**13**) an nässenden Papeln folgenden histologischen Befund:

Als die geringste Veränderung, welche an einzelnen, zwischen den Papeln in die Tiefe ragenden Retezapfen auffällt, lässt sich die schärfere Contourirung des Kernes und insbesondere starkes Hervortreten des Kernkörperchens constatiren, überdies das oftmalige Vorkommen von Kernen mit zwei oder mehreren Kernkörperchen. Sehr bald fällt es auf, dass ausser diesen Körperchen, welche in den Kernen liegen, noch andere vorhanden sind, zwischen den Zellen, und zwar lässt sich an den Stellen, wo die Stacheln sehr deutlich zu sehen sind, mit Bestimmheit wahrnehmen, dass diese intercellulären Körperchen zwischen und auf den Stacheln ruhen, so dass über ihre Intercellulärlagerung kein Zweifel sein kann. Verf. nimmt an, dass die intercellulären Körperchen Kerne, resp. Spaltgebilde von Kernen sind.

An anderen Stellen des Präparates fällt es zunächst auf, dass die stark tingirten Körperchen viel zahlreicher sind und dadurch dem Gesichtsfelde ein verändertes Aussehen verleihen. Die Körperchen sind auch an diesen Stellen zum grössten Theile in Kernen enthalten, die Zahl der letzteren ist aber grösser geworden und auch die Zahl der Kernkörperchen in je einem Kerne ist vermehrt.

Die Kerne mit je einem Kernkörperchen sind jetzt in der Minderzahl; häufig findet man deren 2 — 3 oder auch mehrere zu Klümpchen vereiniget, von dem Kerne eingeschlossen. Es ist aber

nicht zu verkennen, dass auch die Zahl der dunkel tingirten Körperchen zwischen den Zellen gewachsen ist, so dass auch hier nun mehr Gruppen von 2—3—4 häufig angetroffen werden.

An anderen Stellen wieder findet man die Zahl der dunkeltingirten Körperchen noch grösser, so dass sie jetzt reichlich das Gesichtsfeld durchsetzen, wenn man sie aber genau, namentlich mit starker Vergrösserung beobachtet, kann man keinen Augenblick in Zweifel sein, dass man hier zweierlei vor Augen hat: 1. Kernkörperchen in noch deutlich abgegrenzten Kernen, 2. Gruppen von kleinen Körperchen, die zwar in Zellen liegen, aber von keinen Kerncontouren eingeschlossen sind.

Dass einige derselben durch Kerntheilung entstanden sind, geht daraus hervor, dass an den grösseren und evident als Kerne erkennbaren Gebilden alle Stadien der Abschnürung, und überdies in den Gruppen kleinerer Körperchen zuweilen je ein grosses und zwei kleinere, von welchen das erstere zweifelhaft den Charakter eines Kernes an sich trug, beobachtet werden konnte.

Es lässt sich überdies auch eine Vermehrung der Zellen unzweifelhaft nachweisen. Man sieht nämlich mitten im Rete Nester von kleinen Zellen, welche, soweit es die objective Beobachtung zulässt, keinen Zweifel obwalten lassen, dass an die Stelle einer oder mehrerer Retezellen Haufen von kleinen Zellen getreten sind.

Verf. beleuchtet noch die Frage, was jene intercellulären Körperchen bedeuten, welche er früher beschrieben hat, und thut zunächst zwei weiterer Befunde Erwähnung.

1. Findet man Stellen, an welchen die Retezellen von solchen kleineren, stark tingirten Körperchen förmlich eingerahmt erscheinen, so dass jede einzelne Zelle von einem Kranze kleinerer Körperchen umgeben ist.

2. Findet man Stellen, in welchen die Retezellen umgeben sind von kleineren, aus deutlichem Kern und Zellenleib bestehenden Gebilden also von wirklichen Zellen, und zwar geht die Einrahmung so weit, dass die kleinen Zellen geradezu ein Balkenwerk bilden, in welchem die alten Retezellen eingetragen sind.

Was nun die Vorgänge in der Cutis selbst betrifft, so hat Verf. nur zwei Momente mit Sicherheit feststellen können: 1. dass die Zellen hier überhaupt vermehrt sind und 2. dass die Gefässe an dem Processe nicht ganz unbetheiligt sind.

Doch geht Verf. nicht so weit wie Biesiadecki, nach dessen Angabe die Erkrankung stets von Gefässwänden ausgehen soll. Dagegen gibt Verf. an, dass unter den am intensivsten veränderten Stellen des Rete Malpighii Gefässe zu sehen waren, deren Wände ganz intact schienen; zweitens sah er auch dort, wo dies nicht der Fall war, keine Zeichen einer sehr profusen Zellenvermehrung. Klar und bestimmt konnte er wahrnehmen, dass die Endothelien einiger Gefässe beträchtlich geschwellt waren und soweit in das Lumen hineinragten, dass dieses wesentlich verengt erschien. Ja es schien, als führte diese Schwellung bis zur Obliteration der Gefässe. Ueberdies unterliegt es kaum einem Zweifel, dass stellenweise ringsum die Gefässe Zellenansammlungen vorkommen.

14. Schuster. Ueber Epitheltrübungen der Mundschleimhaut bei Syphilitischen. (Arch. f. Heilk. XVI. 1875.)

15. Fournier. Syphilitische Degeneration der Glandula sublingualis. (Bulletins et Mémoires de la Soc. de Chir. I. Bd., Nr. 11. 1876.)

16. Kolaczek. Ein Fall von Framboesia syphilitica. (Berliner med. Wochenschr. 1876.)

17. Björnström. Fall von Darmsyphilis. (Upsala läkarefören. förhandl. XI. 1. S. 72. 1875. — Schmidt's Jahrb. 1876. I.)

18. Hedenius. Fälle von Eingeweidesyphilis. (Upsala lakärefören. förhandl. X. 7. S. 485. 1875. Schmidt's Jahrb. 1876.)

19. Biermer: Ueber Lebersyphilis. (Verhandlungen der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur. Medicinische Section. Sitzung vom 14. Juli 1876.)

Nach Schuster (**14**) sind die den äusseren Einwirkungen direct zugänglichen Schleimhautpartien sehr gern der Entwicklung syphilitischer Producte unterworfen. In der Mundhöhle findet man entweder beständig oder zeitweise wiederkehrend, entweder für sich oder gepaart mit anderen Krankheitserscheinungen Epitheltrübungen auf der Zunge, den Lippen, der Wangenschleimhaut etc. Manchmal sind sie nur feinen, flachen, stecknadelkopfgrossen, blauweissen, unregelmässig zerstreuten Granulationen ähnlich; andere Male sind sie in Bogen gruppirt oder

sie bilden auch ganze, dem hartgeronnenen Eiweiss des Eies ähnliche Plaques und sind dann sehr hartnäckig. Sie kommen meist an jenen Stellen vor, die dem Drucke der Zähne oder der wiederholten häufigen Einwirkung chemisch reizender Stoffe ausgesetzt sind. Dabei macht es den Eindruck, als ob die Zunge zu klein wäre, um in das Unterkieferlager zu passen. Es frägt sich, ob diese Epitheltrübungen nur Zeichen der nicht getilgten Syphilis oder der Quecksilberwirkung sind. Nach S.'s Ansicht beweist der Umstand, dass specifische Curen sie nicht beseitigen, nichts gegen ihre syphilitische Herkunft, sondern scheint eher darzuthun, dass sie das Ergobniss durch mechanische Reize hervorgerufener Processe sind, deren Ort mehr durch früher vorausgegangene allgemeine Krankheitsursachen gelitten hat. In Bezug auf ihre Bedeutung als Syphilisabkömmlinge haben sie Aehnlichkeit mit verschiedenen anderen, sich durch ihre Indifferenz auf die Constitution des Besitzers auszeichnenden pathologischen Veränderungen z. B. Knotenbildungen der Haut, Periostosen u. s. w. Doch scheinen die Träger derselben die Syphilis durch Befruchtung auf Weiber und Embryonen übertragen zu können, was gegen den ihnen zugemutheten Charakter einer Theilerscheinung des Mercurialismus spräche.

Die Therapie muss vorwiegend eine örtliche sein: Fleissige Reinigung des Mundes, besonders nach den Mahlzeiten, der häufig bestehenden Zungenfurchungen, Abschleifen hervorstehender Zahnkanten, Geradestellung schiefstehender Zähne. Tabakrauchen, Genuss reizender Speisen sind zu verbieten. Die Trübungen sind alle 2 Tage mit einer Silbersalpeterlösung zu touchiren.

Ein Mann von 30 Jahren bekam, wie Fournier (**15**) mittheilt, innerhalb 14 Tage ohne jede entzündliche Erscheinung eine Anschwellung der Gland. subling. dextra, welche durch ihre Grösse beim Sprechen und Schlingen störte. Die Drüse war zu einer harten Geschwulst von der Grösse und Form einer Dattel angewachsen.

Verf. vermuthete Syphilis und verordnete Jodkalium, unter dessen Gebrauch die Geschwulst rasch kleiner wurde und endlich ganz verschwand.

Im Sommer 1875 ging der Breslauer chirurgischen Klinik ein 53jähriger Bauer mit Geschwüren und papillaren Wucherungen an den Lippen zu (**16**). Derselbe wollte nie ernstlich krank gewesen sein und

erst seit zwei Monaten eine auffallende Schwellung der Lippen besonders ihrer rechten Hälften bemerkt haben. Darauf bildeten sich Risse im Bereiche des Lippenrothes, aus denen sich flache Geschwüre mit hartem Boden entwickelten. Weiterhin begann eine warzige Wucherung nicht nur des Geschwürgrundes, sondern auch seiner Umgebung in ausgedehnter Weise. Zwei Monate nach dem Auftreten der Lippenaffection zeigte sich in Hals- und Brusthaut je ein Knoten.

Zur Zeit der Aufnahme erscheinen die Lippen bis zur Dicke von 2 Ctm. hauptsächlich in ihrer rechten Hälfte geschwollen und indurirt. An der Unterlippe findet sich ein 4 Ctm. langes, 1 Ctm. breites; warzig unebenes Geschwür mit schmutzig gelblichem Belage, hartem Grund und Rande; ein eben solches nur etwas kleineres sitzt an der oberen Lippe. In der Umgebung des letzteren stehen gruppenweise spitze Condylome, welche am rechten Mundwinkel vorbeiziehen, um sich an der unteren Lippe bis zum Kinne herab und über die Mittellinie hinaus zu verbreiten. Ihre stärkste Entwicklung erreichen sie dicht über dem Kinne und sind hier auf breiterer Basis vielfach dendritisch verästelt. Hier gewinnen sie vornehmlich durch ihr dichtes Zusammenstehen das Aussehen körniger, himbeerartiger, rother, leicht nässender Excrescenzen und wiederholen so das Bild der von Sauvages 1768 in die Literatur zuerst eingeführten Framboesia.

Ausserdem enthält die Haut des Halses gerade in der Mittellinie einen haselnussgrossen, noch intacten Knoten, während ein gleich grosser, über dem Brustbeine in der Höhe der zweiten Rippe gelegener, schon in vollem geschwürigem Zerfalle begriffen ist. An der hinteren Rachenwand findet sich eine strahlige, weisse Narbe und am weichen Gaumen dicht über dem Zäpfchen ein linsengrosser, trichterförmiger Defect.

So sehr auch auf den ersten Blick die Lippenaffection als eine bösartige Neubildung imponiren mochte, so konnte bei Zusammenfassung der erwähnten Befunde nicht gut an ihrer syphilitischen Natur gezweifelt werden, wenn auch der Patient Lues absolut in Abrede stellte und über das Entstehen der Narben im Rachen durchaus keinen Aufschluss geben zu können erklärte. Anderweitige Symptome constitutioneller Lues liessen sich auch in der That nicht constatiren.

Bei örtlicher Behandlung der Geschwüre mit Calomel nach Ricord und dem Gebrauche von Jodkalium in gesteigerten Dosen bis zu 3·9 p. d. erfolgte innerhalb dreier Wochen Heilung der Geschwüre, der Knoten

und der Induration und Schwund eines grossen Theils der papillaren Excrescenzen, deren letzte Reste schliesslich mit dem Messer beseitigt wurden.

Mit Recht ist von einzelnen Autoren (Hebra) zur Vereinfachung der dermatologischen Nomenclatur statt des der Botanik abgeborgten Namens für die in Rede stehende Affection die Bezeichnung Dermatitis papillaris gewählt worden. Gewisse Körperstellen gerathen unter dem Einflusse theils bekannter (syphilitischer), theils unbekannter Reize in den Zustand einer diffus warzigen Wucherung, ähnlich etwa wie dies circumscript manchmal an gereizten nässenden Papeln geschieht, welche dann mit prägnanten, in diesem Falle ausnahmsweise specifischen spitzen Condylomen bedeckt sind.

So sind auch in vorliegendem Falle die papillaren Auswüchse der Haut in der Umgebung unzweifelhaft specifischer Geschwüre entstanden.

In einem von Björnström veröffentlichten Falle (**17**) von Darmsyphilis fand das äusserst seltene Vorkommniss statt, dass der Sitz der Krankheit der Dünndarm war. Obwohl weder durch die Anamnese früheres Bestehen von Syphilis festgestellt, noch bei der Section andere sichere Merkmale von überstandener Syphilis aufgefunden werden konnten, hält Verf. nichtsdestoweniger den syphilitischen Ursprung des Leidens für erwiesen.

Ein 51 J. alter Mann wurde am 24. Jänner 1872 im akademischen Krankenhause mit sehr heftigen Erscheinungen einer diffusen Peritonitis aufgenommen und starb am 29. Jänner.

Bei der Section fand man im Pericardium etwa 60 Grm. Flüssigkeit, das Herz etwas vergrössert, reichlich mit Fett bedeckt, die Wandungen in beiden Kammern etwas verdickt, sonst normal. Die Lungen, besonders die linke, zeigten sich ödematös, die rechte mit der Brustwand verwachsen; die Bronchien enthielten graubraunen Schleim. — Das Peritoneum war überall mit einem reichlichen serös-fibrinösen Exsudat bedeckt, das sich besonders unter der linken Fossa iliaca angesammelt hatte. Sowohl der Dickdarm als der Dünndarm waren von Gas stark ausgespannt, ihre Serosa zeigte lebhafte Gefässinjection und matten Glanz; die Darmschlingen waren stellenweise durch das fibrinöse Exsudat unter einander zusammengelöthet. An einer Schlinge des Jejunums, die abwärts nach der linken Fossa iliaca zu lag, fand sich

nahe am Mesenterialende eine hanfkorngrosse Perforation, aus der beim Aufheben des Darmes dünne Excrementflüssigkeit ausfloss. Auf der Darmschleimhaut fanden sich sechs geschwürähnliche Defecte an verschiedenen Stellen, aber je paarweise vereinigt auf einem Abstande von 1—3 Zoll. Die beiden grössten waren gürtelförmig, erstreckten sich rund um das Lumen des Darmes und sassen in einem Abstand von 3 Zoll von einander entfernt im unteren Theile des Jejunums in der gegen die linke Fossa iliaca herab gelegenen Schlinge; mitten im grössten dieser beiden Defecte befand sich die erwähnte Perforation. Die Darmschleimhaut war dabei in einer rund um das Lumen des Darmes herum gehenden, in der Längsrichtung des Darmes 3—4 Ctm. breiten Zone zerstört; die Oberfläche des Geschwüres, die hauptsächlich aus einem dicht zusammengefilzten Bindegewebe, der verdickten Submucosa bestand, war im Allgemeinen eben, aber nicht glatt oder hart, sondern wie Sammet oder feiner Filz, und lag ziemlich in gleicher Fläche mit der Oberfläche der daran grenzenden gesunden Schleimhaut; nur in der Mitte des Geschwürs, nach dem Mesenterialrande zu zeigte sich eine querovale kraterförmige Vertiefung, welche alle Häute durchsetzte und in eine hanfkorngrosse runde Höhle in der Serosa führte. Sowohl unter dem Geschwür als auch in dessen Umgebung waren alle Häute des Darmes bedeutend verdickt, am meisten die Submucosa, die Dicke betrug bei letzterer 5—8, bei der Muscularis 3, bei der Subserosa 2—3 und bei der Serosa 1—2 Mm. Diese Verdickung nahm nur allmälig in der Umgebung des Geschwürs ab, so dass sie in einer Ausdehnung von 3—4″ oberhalb und unterhalb desselben wahrzunehmen war. An den Geschwürsrändern war die Schleimhaut in einer Ausdehnuug von 1—2 Ctm. mässig verdickt, bildete einen glatten Rand, war nicht unterminirt, sondern ging fast unmittelbar in den Geschwürsboden über, welcher mit der Schleimhaut ziemlich in gleicher Fläche lag. Durch das Geschwür war eine bedeutende Stenose des Darmes bedingt, so dass dessen Lumen an dieser Stelle kaum für einen Finger durchgängig und 3 bis 4 Mal geringer war als oberhalb und unterhalb derselben. Auf der Serosa fanden sich milchweisse Pseudomembranen und unter diesen warzenförmige Verdickungen der Serosa selbst.

Die übrigen Geschwüre waren kleiner. Das nächste, ebenfalls gürtelförmige nahm 2 Ctm. in der Längsrichtung des Darmes ein; von den anderen beiden Geschwürspaaren sass das eine im Ileum etwa

2 Ellen aufwärts von der Ileocöcalklappe, das andere noch höher aufwärts im Ileum. Diese hatten 2—4 Ctm. Länge in der Querrichtung des Darmes und ungefähr 2 Ctm. Breite und zeigten durchaus dieselben Charaktere, wie das zuerst beschriebene, bis auf die Grösse und die Perforation, auch waren die Häute des Darmes an ihnen weniger verdickt und die Stenose des Darmes war geringer. In den Dünndärmen fand sich Amyloidentartung der Zotten. Die Drüsen im Mesenterium des Dünndarms zeigten sich bedeutend verdickt. Im Dickdarm fand sich keine Spur von Ulceration. — Die Milz war etwas geschrumpft und locker. Von den ziemlich grossen und angeschwollenen Nieren enthielt die eine einige kleinere Cysten, die Corticalsubstanz war stellenweise blass und trübe. Die normal grosse Leber erschien blutreich, ihr Parenchym gleichmässig graubraun gefärbt. Die Inguinaldrüsen fanden sich etwas vergrössert und indurirt, sonst waren keine Spuren von Syphilis vorhanden.

Die mikroskopische Untersuchung der Darmgeschwüre zeigte, dass ihr Boden von einem dicht verfilzten Bindegewebe aus feinen Fäden gebildet wurde, zwischen denen sich lymphoide Zellen von der Grösse weisser Blutkörperchen in Masse eingestreut fanden. Die im höchsten Grade reichliche Zelleninfiltration erstreckte sich durch alle Darmhäute hindurch, sowohl durch die Submucosa als auch durch beide Muskellagen, wo die Zellen dicht zwischen den Muskelfasern lagen, sowie durch die Serosa und Subserosa; dadurch erschienen alle Häute bedeutend verdickt, auch die Muskellagen selbst waren hypertrophisch. Die Zelleninfiltration erstreckte sich von den Grenzen des Geschwürs aus nach oben und nach unten zu 2—4 Zoll weit fort, mit unbestimmten Grenzen allmälig abnehmend. An der Geschwürsfläche und an den innern Seiten der kraterförmigen Vertiefung in dem Geschwüre, das perforirt hatte, waren die meisten Zellen in Fettentartung begriffen und hier auch molecularer fettkörnchenreicher Detritus vorhanden.

An der syphilitischen Natur dieser Geschwüre zweifelt Björnstr. nicht, er hält sie für eine Art syphilitischer Gummata oder Syphilome oder vielmehr für eine diffuse syphilomatöse Infiltration. Dafür spricht die reichliche Zelleninfiltration, die Beschaffenheit der Substanzverluste, welche keiner anderen Ulcerationsform entspricht. Uebrigens hatte die Affection im Ganzen mehr den Charakter einer Neubildung als eines Geschwürsprocesses; wahrscheinlich war die Zelleninfiltration der primäre Process, der erst secundär zum Substanzverlust führte. Wenn von An-

fang an die Ulceration bestanden hätte, dann hätten die Ränder wenigstens an den kleineren Substanzverlusten Unterminirung zeigen müssen, aber überall ging die Schleimhaut unmittelbar in die Oberfläche der Neubildung über, so dass es mehr aussah, als wenn die Schleimhaut durch Atrophie in Folge von Druck der in ihr und der Submucosa sich entwickelnden Neubildung zerstört worden sei. Auch der fettige Zerfall der Zellen in der grösseren Neubildung spricht für die syphilitische Natur des Leidens und wahrscheinlich kam das zur Perforation führende kraterförmige Geschwür durch die Zerstörung der Neubildung in Folge der Fettentartung der Zellen zu Stande. Ferner konnte auch die Amyloidentartung der Darmzotten und das Verhalten der Inguinaldrüsen als Stütze für die Annahme von Syphilis verwendet werden, doch können diese Veränderungen auch ohne Zusammenhang mit Syphilis sein.

Hedenius beschreibt (**18**) folgende Fälle von Eingeweidesyphilis, die wir in extenso mittheilen: 1. Rupia; Condylom und Fissur am After; Periostitis tibiae; Syphilis des Schädels; Pachymeningitis interna; Perihepatitis; syphilitische Darmgeschwüre; käsige und indurative Pneumonie; Marasmus und Amyloidentartung.

Die 32 J. alte Kr., eine Prostituirte, war seit dem Jahre 1869 jedes Jahr einen oder mehrere Monate lang wegen syphilitischer Affectionen behandelt worden. Im J. 1871 hatte ein Geschwür in der Fossa navicularis und Periostitis der linken Tibiá bestanden, später Geschwüre und Gummata am linken Arme. Die Behandlung hatte, verschiedene äusserliche Mittel abgerechnet, stets in innerlicher Anwendung von Jodkalium bestanden. Am 16. Februar 1875 war die Kr. gestorben. Weitere klinische Daten liessen sich nicht nachweisen.

Bei der Section der sehr abgemagerten, die Zeichen hochgradiger Kachexie und namentlich durch senile Atrophie der Kiefer sehr gealtertes Aussehen bietenden Leiche fand man an der Kopfhaut rundliche, graubraune, erhabene, festsitzende und der äusseren Fläche von Austernschalen ähnliche Borken, unter denen die Haut ulcerirt und von grauröthlicher Flüssigkeit durchtränkt erschien; ähnliche Borken sassen auch an einzelnen Stellen im Gesicht. Dicht oberhalb der Glabella befand sich im Stirnbein eine tiefe, kraterförmige, ziemlich runde Vertiefung von der Grösse einer Daumenkuppe, mit erhöhtem knöchernen Rande und knöchernen Erhöhungen im Grunde; zwei andere aber weniger tiefe Substanzverluste im Stirnbeine lagen zu den Seiten

des zuerst erwähnten. Ausserdem fand man noch bei der äusseren Untersuchung der Leiche Narben und braune Flecke an den Armen, Hautabschürfungen an der Vulva und am Kreuzbein, eine durch Haut und subcutanes Bindegewebe gehende, 4 Ctm. lange und 1 Ctm. breite Afterfissur, ein Condylom am After, unregelmässige rothbraune Flecke an Knien und Unterschenkeln, an der inneren Seite der rechten Tibia einen 5 Ctm. langen und 1·5 Ctm. breiten Substanzverlust, in welchem der Knochen, in Form einer flachen Exostose emporgehoben, blosslag und Verdickung des Periostes erkennen liess; an der Vorderseite des linken Unterschenkels bestand eine 6 Ctm. lange flache, weisse Narbe, ohne stärkere Zusammenziehung der Haut.

An dem im Allgemeinen etwas dicker als gewöhnlich erscheinenden Schädeldach zeigte sich die innere Fläche etwas mehr graulich und weniger durchsichtig als gewöhnlich. Die Dura mater war gespannt und zeigte reichlich injicirte Gefässe und hämorrhagische Punkte, namentlich über den Stirnlappen. Im Längsblutleiter fand sich ein festes Fibringerinnsel. Die Innenfläche der harten Hirnhaut war mit einer dünnen, etwa 1 Meter dicken, lockeren gallertartigen Haut bedeckt, welche eine Menge feine blutgefüllte Gefässe und einige kleinere Ecchymosen enthielt. In den Gewebsmaschen der Pia mater, deren Gefässe, nur mässig von Blut gefüllt waren, fand sich namentlich an der Basis klares, farbloses Oedem. Der Sinus transversus enthielt theils grosse, feste Fibrincoagula, theils dunklen Cruor. Die Seitenventrikel enthielten klare Flüssigkeit in reichlicher Menge, am rechten fand sich das hintere Horn obliterirt. Die etwas wässrige weisse Substanz des Grosshirns zeigte auf der Schnittfläche stellenweise violett gefärbte Flammen; auf dem Querschnitt der Rindensubstanz konnte man an mehreren Stellen mit blossen Augen ganz deutlich 3 verschiedene Lagen erkennen. Die Arterien an der Hirnbasis waren ziemlich stark mit Blut gefüllt. Sonst fand sich nichts besonders Bemerkenswerthes.

Nach der Eröffnung der Peritonäalhöhle, die etwas Flüssigkeit enthielt, zeigte sich das grosse Netz bandförmig mit der Harnblase, das Peritonäum mehrfach durch bandähnliche bindegewebige Adhärenzen mit der Leber verwachsen. Das Colon transversum bildete eine bis zum Schambogen herabgehende Schlinge.

Der Herzbeutel enthielt klare, schwach gelbliche Flüssigkeit in reichlicher Menge, das Herz, dessen Musculatur fest und dunkelbraun

war, rechts grosse feste Fibringerinnsel, links halbgeronnenes Blut in mässiger Menge.

Die linke Lunge, nur mit der Spitze vorn verwachsen und an der freien Fläche mit eitrig infiltrirten Fibrinhäuten bedeckt, enthielt im oberen Lappen Cavernen, zwischen den das Gewebe indurirt, hellgrau, dicht und fest war, im unteren Lappen fanden sich käsige Herde. Die hintere Pleurahöhle enthielt eine bedeutende Menge ziemlich klarer, schwach gelblicher Flüssigkeit. Die rechte Lunge war nicht verwachsen, zeigte auf der Oberfläche Knoten, ihr Gewebe war lufthaltig, mässig blutreich, aber stark ödematös; in der Spitze fanden sich Cavernen mit käsig degenerirten Wänden, im Uebrigen zeigten sich auf der Schnittfläche käsige Herde und peribronchitische Knollen; der unterste Lappen war ziemlich blutreich. Die Schleimhaut der Bronchien und der Trachea erschien grauroth, mit reichlichem Schleim bedeckt, die des Larynx blass.

Bereits vom Beginne des Oesophagus an nahm die Schleimhaut nach Zusatz von Jod eine stark dunkelbraune Färbung an, im Magen und Duodenum war sie blass und mit zähem, gelblich gefärbtem Schleim belegt. Die im Oesophagus erhaltene Amyloidreaction fand sich im Magen und Duodenum nicht, aber im Jejunum trat sie wieder auf und war im ganzen Verlauf des Dünndarms vorhanden, dessen Wandungen sehr atrophisch waren. Die Schleimhaut des Coecums zeigte sich geröthet, an den Querfalten befanden sich einige kleine, oberflächliche Geschwüre, an denen des Dickdarms zeigte sich ausser Geschwüren noch diphtheritische Infiltration. In der Flexura iliaca nahmen die Geschwüre eine mehr rundliche Form an mit geröthetem Grunde, sie waren aber ebenfalls oberflächlich und auf die Schleimhaut beschränkt, im untersten Theile dieses Darmabschnitts aber drangen sie bis in die Submuscosa ein und hatten schärfere mehr hervorspringende Ränder, ebenso verhielten sie sich im Mastdarm, wo sie jedoch zahlreicher waren, bis zur Muskelhaut drangen und durch Confluiren grössere Substanzverluste von unregelmässiger Form mit mehrfachen Ausbuchtungen bildeten, der unterste Theil des Rectums war vom Anus an aufwärts etwa 8 Ctm. fast vollständig zerstört. Im Grunde der grossen Geschwüre fanden sich meistens dünne, grauweisse aber narbenähnliche und feste Lagen von Bindegewebe und unter diesen die Muscularis bedeutend hypertrophisch, stellenweise aber bildete letztere den Geschwürsgrund. Im unteren Theile des Rectums war jedoch auch sie zerstört, zwischen einzelnen noch übrigen Muskelbündeln senk-

ten sich hier tiefe Recessus in das verdickte periproctale Bindegewebe. Die buchtigen Geschwüre im Rectum waren überall von scharfen, wie abgeschnittenen Schleimhauträndern begrenzt, stellenweise waren sie unterminirt und hie und da fanden sich inselförmige Ueberreste von Schleimhaut, Fistelgänge waren aber nicht vorhanden. Wo noch Schleimhaut sich befand, hatte sie eine hell graurothe Färbung und die Submucosa unter ihr war bedeutend geschwollen, auch zeigten sich die Darmwände an nicht ulcerirten Stellen bedeutend verdickt, bis zu 6 bis 8 Millimeter.

Die Milz wàr durch Bindegewebe mit dem Peritonäum verwachsen, etwas vergrössert, ziemlich locker und hell rothbraun auf der Schnittfläche. Die Leber erschien im rechten Lappen in der Richtung von vorn nach hinten langgezogen, auf der Schnittfläche glatt, rothbraun, mit deutlichen Acinis. Die Gallenblase enthielt dunkle, besonders zähe Galle. Die anämischen, durch und durch graulich blass erscheinenden Nieren zeigten sonst, ebenso wie die Harnblase, nichts Abnormes. Im Gebärmutterhals fand sich ein etwa millimeterbreiter Riss mit aufgeworfenen, granulirten Rändern; beide Eileiter waren durch Bindegewebsstränge mit den atrophischen Ovarien verwachsen, ihr Kanal war erweitert, mit einer farblosen Flüssigkeit erfüllt, ihre Schleimhaut graulich blass. Die Vaginalschleimhaut erschien im Ganzen blass, doch stellenweise geröthet und injicirt.

Die mikroskopische Untersuchung der Mastdarmschleimhaut ergab nichts besonders Bemerkenswerthes, nur in der Submucosa grösseren Reichthum an lymphoiden Zellen und elastischen Fäden.

In den Bemerkungen, die Hedenius diesem Falle beifügt, hebt er hervor, dass nur selten bei einer Section so viele und deutliche syphilitische Veränderungen zugleich gefunden werden dürften; besonders bemerkenswerth erscheint ihm aber der Befund im Rectum. Nach seiner Meinung können syphilitische Geschwüre im Rectum eben so wohl primärer als secundärer Natur sein.

2. Syphilitische Narben an Haut und Zunge; Perihepatitis; partielle syphilitische Leberinduration; Verengung der Aorta; Veränderungen und Thrombose in der Arteria fossae Sylvii sin.; Hirnerweichung; Bronchopneumonie.

Ein 22 Jahre altes Frauenzimmer wurde am 25. Februar 1875 im akademischen Krankenhause zu Upsala in äusserst kraftlosem Zustande, mit Lähmung der rechten Körperhälfte und fast ganz sprachlos

aufgenommen. Die Mutter der Kranken war syphilitisch gewesen, die Kranke selbst hatte früher wiederholt an Gelenkleiden gelitten, vor ungefähr drei Jahren waren Geschwüre im Rachen mit Schlingbeschwerden und Schwierigkeit im Aussprechen mancher Worte aufgetreten, an der schon lange erkrankten rechten Achsel brach ein Geschwür auf, das rasch um sich griff. Eine Ansteckung liess sich bei der damals 19jährigen Kranken nicht nachweisen; sie wurde jedoch im akademischen Krankenhause als syphilitisch behandelt und nach einiger Zeit fast geheilt entlassen. Im Jahre 1873 hatte die Kranke einige epileptoide Anfälle, befand sich aber danach wohl bis gegen Weihnachten 1874, wo sich allgemeines Unwohlsein mit immer heftiger werdendem Kopfschmerz einstellte. Der Zustand verschlimmerte sich, so dass die Aufnahme im Spital nöthig wurde.

Zwei Tage vor derselben konnte sich die Kranke am Morgen weder bewegen, noch sprechen und lag den ganzen Tag in tiefer Somnolenz mit schnarchender Respiration da. Am 25. Febr. zeigten sich Zuckungen in der Oberlippe und im linken Arm, der Mund war fest geschlossen. Die Kranke wurde am Abend in das Hospital geschafft, wo der Zustand die nächsten Tage unverändert blieb. Das Gesicht der sehr entkräfteten Kranken war geröthet, es erschien in beiden Hälften unsymmetrisch, etwas nach links verzogen, der rechte Mundwinkel stand tiefer als der linke, die Muskeln hatten den mimischen Ausdruck verloren. Beim Versuch, die fest geschlossenen Kiefer zu öffnen, schien die Kranke Schmerzen zu empfinden und die Kaumuskeln zeigten convulsivische Zuckungen, die bald in tonischen Krampf übergingen. Bei Berührung des Hinterkopfes schien die Kranke Schmerz zu empfinden. Die Sinnesfunctionen schienen, wenn nicht ganz aufgehoben, so doch wenigstens in hohem Grade vermindert. Das linke obere Augenlid hing mehr herab als das rechte, auf dem linken Auge bestand katarrhalische Conjunctivitis mit eitriger Absonderung; die Pupillen reagirten ungefähr gleich; Strabismus bestand nicht. Das Gefühl war deutlich vermindert; doch mehr auf der rechten Körperhälfte, auf der auch fast vollständige motorische Lähmung bestand. Die rechte Hand war geschlossen und schloss sich wieder, wenn sie geöffnet worden war. Die Muskeln der rechten Gesichtshälfte reagirten gegen Inductionsströme kaum, jedoch thaten dies die Muskeln an den Extremitäten der linken Seite. Häufig traten in den Extremitäten fibrilläre Zuckungen auf, als ob die Kranke von Frost geschüttelt würde. Respiration und Puls waren beschleunigt, letzterer

hatte 124 Schläge in der Minute. Percusion und Auscultation ergaben nichts Abnormes. Die Herzdämpfung reichte von der 4. Rippe 2″ abwärts und vom linken Sternalrande $1^1/_2$″ nach links, der Spitzenstoss war im 5. Intercostalraume wahrnehmbar, über der Spitze hörte man ein deutliches systolisches Blasegeräusch, der 2. Ton in der Pulmonalis erschien etwas accentuirt. Die Leberdämpfung reichte in der Mamillarlinie von der 6. und in der Axillarlinie von der 7. Rippe bis zum Rippenrande abwärts und überschritt die Mittellinie nicht. Der Harn hatte 1·028 spec. Gew., war sauer, setzte etwas ab, enthielt Eiweiss, Chloride in gewöhnlicher Menge und vermehrte Farbstoffe. Der Unterleib war hart und eingesunken, Stuhlgang erfolgte selbst auf Klystiere nicht. Die Diagnose wurde von Björnström auf Embolie der Art. fossae Sylvii sin. gestellt. Der Zustand der Kranken blieb unverändert bis zum Tode.

Bei der Section fand man eine weisse, strahlenförmig eingezogene, etwas hufeisenförmige, in der Mitte mit trockenen braunen Krusten und Epidermisschuppen bedeckte Narbe von 5 Ctm. Ausdehnung an der rechten Schulter. Der Sinus longitudinalis enthielt ein kleines, fasriges Fibrincoagulum; die Pia mater zeigte sehr bedeutende Blutfüllung in den kleinsten Gefässen, besonders über dem Frontal- und Parietallappen der rechten Seite, reichliche Bindegewebsgranulationen längs des Margo falcatus und starkes Oedem zwischen den Windungen der rechten Hirnhälfte. Die linke Hemisphäre trat stärker nach aussen hervor als die rechte. Die Sinus transversi enthielten dünnflüssiges Blut in mässiger Menge. Die linke Art. fossae Sylvii zeigte sich ungefähr $1^1/_2$ Ctm. von ihrem Abgange aus der Carotis interna entfernt weisslich und undurchsichtig und bis an ihre Theilungsstelle in die Hauptäste fest und hart; sie enthielt an dieser Stelle einen mit der Gefässwand verwachsenen, in seiner Mitte obturirenden 1·5 Ctm. langen Thrombus, fest und glatt, graulich weiss und an beiden Enden konisch zugespitzt, am peripherischen Ende sich noch eine Strecke lang in die beiden Hauptäste der Arterie fortsetzend und auch hier mit den Gefässwandungen verwachsen. Am mittelsten Theile des Thrombus zeigte sich die Arterienwand in einer Ausdehnung von 1 Ctm. verdickt, gelblich weiss und undurchsichtig. In den übrigen Hirnarterien konnte mit blossen Auge keine Veränderung nachgewiesen werden. Die Seitenventrikel enthielten eine klare Flüssigkeit in mässiger Menge. Corpus callosum, Fornix, obere Fläche der Corpora striata und Thalami optici fanden sich macerirt.

Das Adernetz erschien dunkel rothblau, die weisse Substanz in beiden Hemisphären auf der Schnittfläche violett flammig; in der Rindenschicht des linken Frontal- und Parietallappens fanden sich die kleinsten Gefässe stark mit Blut gefüllt. Ungefähr in der Mitte des Corpus striat. zeigte sich ein 1·5 Ctm. langer und 1 Ctm. breiter Erweichungsherd von rothbrauner Farbe und etwa 5 Mm. von diesem nach vorn zu ein kleinerer mit ungleicher Begrenzung; beim Einschneiden in denselben sah man eine Menge schwarzrothe kleine Pünktchen.

Das Herz hatte normale Grösse und Form, aber sehr dünne Papillarmuskeln und Trabeculae carneae; die Klappen erschienen gesund, nur am Nodulus der hinteren Aortenklappe befand sich eine unbedeutende Verdickung. Dagegen zeigte sich dicht oberhalb des Sinus Valsalvae ein schwach erhöhter atheromatöser Fleck mit unbedeutender Fettusur, und die Aorta war so verengt, dass sie dicht oberhalb des Sinus Valsalvae nur 5·5 Ctm. Umfang hatte, 2 Ctm. weniger als die Lungenarterie, am Isthmus nur 4, dicht unterhalb desselben 4·5 und an der Abgangsstelle der Art. iliacae nur 3·5 Ctm.; dabei war ihre Wandung sehr dünn.

Die Lungen waren klein, blassroth; in der linken fanden sich auf den Durchschnitten von Bronchien Eiter und Injection der Schleimhaut, in der rechten im unteren Lappen dunkelrothe, lobuläre, schwach erhöhte, resistente, beim Durchschneiden einen grützeähnlichen Saft entleerende Herde und ebenfalls Injection der Bronchialschleimhaut, die mit dickem, gelblichweissem Secret belegt war.

Am hinteren Theile der Zunge zeigte sich eine strahlige Narbe; die Lymphdrüsen unter der Zunge und die Tonsillen waren geschwollen und enthielten eiterähnliche Flüssigkeit. Die Milz erschien auf der Schnittfläche dunkelroth, glatt, ziemlich reich an Trabekeln. Die Schleimhaut des Magens zeigte im Fundus cadaveröse Auflösung, die des Dünndarms war graulich blass; im unteren Theile des Ileums fanden sich rothe Flecke und die solitären Follikel als kleine rothe Knötchen vortretend; die Schleimhaut des Coecums war hämorrhagisch geröthet, die des Rectums mit milchähnlichen krümligen Massen bedeckt; im Colon ascendens waren die solitären Follikel etwas geschwollen. — Die Leber war mittels kurzer Bindegewebsadhärenzen, namentlich am rechten Lappen, mit dem Zwerchfell verwachsen. Auf der vorderen Fläche des rechten Lappens, nicht weit vom vorderen Rande, befand sich, einer besonders starken Verwachsung entsprechend, eine tief in das Gewebe

eindringende, nach allen Richtungen hin strahlenförmig dasselbe durchsetzende Narbe aus Bindegewebe. Der linke Leberlappen war zungenförmig verlängert und zeigte auf der Schnittfläche kleine gelbweisse Flecke, während die übrige Substanz der Leber nur anämisch erschien. — Die Gallenblase enthielt zähe und schwarze Galle, deren Farbstoff die umgebenden Gewebe stark durchtränkte. Die Nieren zeigten dünne, leicht ablösbare Kapseln und waren hyperämisch. Der Uterus war klein.

Wie lange in diesem Falle die Syphilis bestanden hatte, lässt sich zwar mit Sicherheit nicht angeben, doch erscheint es nach den anamnestischen Daten wahrscheinlich, dass sie seit viel länger als drei Jahren vor dem Tode der Kranken bestanden hatte, vielleicht schon seit der Kindheit, da die Mutter der Kr. an Syphilis behandelt wurde, als letztere 1 Jahr alt war. Von den Veränderungen, die sich bei der Section fanden, sind besonders hervorzuheben die Veränderungen an der Leber, die Verengerung der Aorta und die Veränderungen im Gehirn, die der letzten Krankheit zu Grunde lagen und im Verein mit Bronchopneumonie den tödlichen Ausgang herbeiführten; die mikroskopische Untersuchung der Art. fossae Sylvii ergab einen Befund, der dem von Heubner entworfenen Bilde von der syphilitischen Affection der Hirnarterien in hohem Grade entspricht, wie Hed. selbst hervorhebt.

Biermer hielt (**19**) einen Vortrag über Lebersyphilis mit Demonstration des betreffenden Falles. Die Kranke, ein 25jähriges Mädchen, wurde am 20. Januar d. J. an einer colossalen Leberanschwellung und Ascites leidend in das Allerheiligen-Hospital zu Breslau aufgenommen. Die Anfangs zweifelhafte Diagnose musste sehr bald auf Grund der Anamnese, des eingesunkenen Nasenrückens und der knolligen Beschaffenheit der Leberfläche auf Syphilis der Leber gestellt werden. Die ursprünglich lethal verkündete Prognose — es ist bis jetzt noch kein Fall geheilter Lebersyphilis constatirt worden — besserte sich im Lauf der Behandlung durch Zittmann'sches Decoct und Jodeisen derart, dass die Kranke das Bett verlassen konnte, und jetzt als relativ geheilt betrachtet werden muss. Bei der Untersuchung zeigt sich der Bauch gross, aber vollständig wasserfrei, die Leber fühlt sich deutlich knollig an und ragt tief in's Abdomen. Die Kranke geht wieder ihrem Berufe nach, und sieht ziemlich wohl aus.

20. **R. W. Taylor.** Ein Beitrag zur Erforschung der Syphilis des Nervensystems. (Journal of nervous and mental diseases. January 1876.)

21. **Lancereaux.** Intracerebrale syphilitische Arteriitis. (Gaz. des Hôpitaux. 4. Mars 1876.)

22. **Homolle.** Subacute Spinalmeningitis und Myelitis mit Paraplegie am Ende der Secundärperiode der Syphilis. (Progrès méd. 1. Jänner 1876.)

23. **Balfour.** Hartnäckige Neuralgie des Trigeminus als Symptom von Gehirnsyphilis. (Edinb. Med. Journ. October 1875.)

24. **Maclean.** Fall von Aneurysma der Aorta thoracica bei einem syphilitischen Individuum. (The British Med. Journ. March 4, 1876.)

Taylor (**20**) zählt 3 Fälle von constitutioneller Syphilis auf, in deren Verlauf cerebrale und spinale Symptome auftraten. Diese Symptome charakterisirten sich ziemlich analog denen einer subacuten Meningitis und traten in der Periode auf, welche gewöhnlich als secundäre Syphilis bezeichnet wird.

Auf eine stricte antisyphilitische und zugleich roborirende Behandlung schwanden die mitunter ziemlich allarmirenden Erscheinungen, die stets mit Fieber einhergingen. Im Anschluss daran theilt Verf. einen Fall mit, an dem im Verlauf einer Syphiliserkrankung bei einem 22 Jahre alten Weibe eine Störung des Bewusstseins eintrat, die sich dadurch manifestirte, dass die Patientin an Verfolgungswahn litt, mit welchem partielle Anästhesie der Extremitäten, eine Supraorbitalneuralgie und eine bedeutende Abnahme der Sehschärfe einhergingen. Auch diese Erkrankung schwand auf Verabreichung von Mercur und Jodkalium. Zu bemerken ist hierbei, dass während des Vorhandenseins dieser krankhaften Zustände, ein Jahr nach der Infection, keinerlei gummöse Neubildung aufgefunden werden konnte.

Am Schlusse seiner Arbeit macht T. Erwähnung eines Falles, in dem ein Kutscher fünf Monate nach der Infection an Cerebralsymptomen erkrankte, in deren Gefolge eine halbseitige und später eine doppelseitige Lähmung sich kundgab, woraufhin allgemeine Störung des Bewusstseins und schliesslich der Tod eintrat. — Diesen

Fall hält T. für eine Entzündung der Gefässhäute des Gehirnes, ohne freilich den Beweis durch die Section liefern zu können.

Lancereaux beobachtete (**21**) zwei Fälle von Arteriitis cerebralis specifica.

1. Eine 45jährige Frau, die vor 10 Jahren an heftigen, Nachts exacerbirenden Schmerzen in der rechten Seite und an der Basis cranii gelitten hatte, wurde in die Pitié aufgenommen. Abmagerung, trockene schuppige Haut, rechtsseitige Muskelschwäche, Schlaflosigkeit, Schwindel, stammelnde Sprache, Gedächtnissschwäche, Kopfschmerz, stupider Gesichtsausdruck waren die hervorstechenden Symptome. Jodkalium wurde 8 Tage lang versucht; in der 3. Woche nach der Aufnahme stellte sich binnen wenigen Tagen complete linksseitige Hemiplegie und Lähmung der Sphincteren ein. Besonders wurde über heftige, Nachts zunehmende Schmerzen in der rechten hinteren Kopfseite geklagt. Jodkalium wurde wieder gegeben, der Zustand besserte und verschlechterte sich abwechselnd; endlich starb die Patientin.

Bei der Section fand sich ausser vielen anderen pathologischen Erscheinungen: Verdickung des Schädels, reichlicher seröser Erguss, Erweichung der Hirnsubstanz, Dilatation der Seitenventrikel, die eine trübe Flüssigkeit enthielten. In der weissen Substanz, nahe der grauen, gelbliche Herde, bestehend aus zahlreichen schmierigen Granulationen, Kernen, granulirten Zellen und körniger Materie. Auf dem einen Corpus striatum ein gelber etwas erhabener Fleck. Die Hirnmasse in der Nachbarschaft bildet einen gelbweissen Brei, Corpus striatum und Thalamus opticus zeigen auf dem Durchschnitt eine gelbgrüne Farbe. An einigen Stellen der weissen und grauen Substanz, besonders in der Umgebung der Gefässe, finden sich Haufen von Fettkörnchen. Im Aortenbogen einige gelbe Flecke. Der Theil der linken Carotis int., der im Sinus cavernosus verläuft, ist durch eine aus mehr oder weniger veränderten Bindegewebskernen und -zellen bestehende, der Gefässwand fest adhärirende Membran verschlossen. In der rechten findet sich ein beiderseits festsitzendes, das Lumen aber nur wenig beengendes Coagulnm.

2. Ein junger Mann, der seit 5 Monaten wegen Lues in Behandlung war, starb sehr schnell unter Gehirnerscheinungen. Die Section des Gehirns zeigte neben kleinen Tumoren partielle Encephalitis und fast völlige Verschliessung der Endstücke beider Carotides int. Die Arterienwände waren Sitz einer Neubildung, welche sie verdickte und

das Lumen beengte. Es war keine Atheromatose, sondern circumscripte Einlagerung von runden Zellen und Kernen.

Alles, sagt Lancereaux, weist darauf hin, dass es eine syphilitische Arteriitis gibt, die in der Adventitia beginnt, im weiteren Verlauf aber auch Media und Intima ergreift. Meist betrifft sie die Hirnarterien, kann aber auch in der Aorta und Pulmonalis vorkommen.

Die Symptome sind zwar wenig charakteristisch, doch kann man die Krankheit wohl vermuthen, wenn Embolie auszuschliessen, Syphilis aber nachzuweisen ist.

In einem Falle von Homelle (**22**) trat am Ende der Secundärperiode der Syphilis Spinalmeningitis und Myelitis mit Paraplegie auf, ähnlich den Fällen von Broadbent.

Die Section ergab Verdickung der Wände der Arterien in der erkrankten Partie des Rückenmarkes, während bei der tertiären Form Gumma, Sklerose oder Periostitis und Ostitis des Wirbelkanals gefunden werden.

Balfour (**23**) beschreibt zwei Fälle von Gehirnsyphilis, wovon jedoch nur einer obducirt wurde, in welchen sich Neuralgie des Trigeminus und Paralyse von Augenmuskeln beobachten liess. Im obducirten Falle zeigte sich eine syphil. Sklerose in der Gegend des Türkensattels.

Ein 37 Jahre alter Fleischer (**24**), von kräftigem Körperbau, hatte Intermittens gehabt, war 1865 syphilitisch inficirt, litt dann an Rheumatismus und Neuralgie, überstand eine Pneumonie und wurde zuletzt 1873 an Bronchitis behandelt, nach der asthmatische Beschwerden zurückblieben. Im Juli 1875 bekam er neben dem Asthma Hämoptoë, Kurzathmigkeit, Heiserkeit, Rückenschmerz, und als endlich Dämpfung und Pulsation rechts vom Sternoclaviculargelenk auftrat, konnte dem Verf. Maclean Diagnose eines Aneurysma nicht mehr zweifelhaft sein. Im Jänner 1876 bekam er einen heftigen Blutsturz und starb.

Bei der Section wurde 2 Zoll über der Bifurcation der Trachea eine $^1/_4$ Zoll grosse Oeffnung gefunden, die mit einem orangengrossen Aneurysma des Aortenbogens, unterhalb der Innominata communicirte. Das Herz war fettreich und zeigte einen Sehnenfleck. Das Herzfleisch schlaff, die Höhlen leer, der linke Ventrikel verdickt, die Klappen ge-

sund. Die Innenfläche der Aorta war sehr uneben von abgegrenzten knotigen Erhebungen und narbigen Substanzverlusten. Das Schädeldach verdickt. An der Glans penis eine Schankermarke, im Kopf des Nebenhodens ein theils fibröser, theils cystischer Knoten. Verf. will gern den Einfluss gelten lassen, den die rheumatische Diathese und der Alcoholismus auf das Entstehen von Gefässdegenerationen üben, die Syphilis habe aber in dieser Beziehung eine ebenso grosse, bisher freilich weniger gewürdigte, ätiologische Wichtigkeit.

25. **Macdonald.** Syphilitische Placenta. (Brit. med. Journ. Aug. 1875.)
26. **Edlefsen.** Casuistischer Beitrag zur Frage von der Contagiosität der hereditären Lues. (Berlin. klin. Wochenschr. 1876. Nr. 5.)
27. **Lewin.** Ueber Syphilis hereditaria tarda. (Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 2. 1876.
28. **Thoresen.** Syphilis und Phthisis. (Norsk Mag. of Laegevid. April 1875.)
29. **Poray-Koschitz.** Ein Fall von Syphilisverbreitung in einer Werkstube. (Sitzungsber. der med. Gesellsch. zu Charkow, 1875.)

Macdonald behauptet (**110**), dass bei Syphilis des Vaters der von Fraenkel beschriebene Granulationsprocess mit Gefässverdickung in den Zotten der Placenta ihren Sitz habe und zu schliesslicher Atrophie derselben und zum Tode des Fötus durch Hämorrhagien führe. Ist die Mutter allein erkrankt, so ist die Placenta materna Sitz der Krankheit. Das Bindegewebe der Decidua hypertrophirt und die Zotten werden comprimirt. Die Endometritis placentaris gummosa von Virchow, Slavjansky und Kleinwächter sei wahrscheinlich Syphilis der Placenta materna. Sind endlich beide Eltern erkrankt, so treten nach dem Verf. beide Formen zugleich auf. (Ref. hält es gerathen, in dieser Beziehung sich vorläufig noch lieber an Fraenkel's Befunde zu halten.)

Edlefsen (**26**) schliesst sich den von verschiedenen Autoren, insbesondere Günsberg, Caspary u. a. gemachten Angaben über die Contagiosität der hereditären Lues an und führt einen Fall an, in wel-

chem ein Kind mit Lues hered. behaftet, ein Geschwür an den Lippen zeigte und bald darauf die 60jährige Grossmutter, welche sich viel mit dem Kinde beschäftigte, an einem squamösen Syphilid erkrankte, ohne dass eine Primäraffection bei letzterer gefunden worden wäre.

Lewin beschreibt (27) einen Fall von Syphilis hereditaria tarda, der einen jungen Mann im Alter von 18 Jahren betrifft.

Derselbe soll nach Aussage seiner Eltern vollkommen gesund geboren worden, und bis zu seinem fünften Jahre es auch geblieben sein. Da erkrankte er an Knochenauftreibungen der beiden Tibien und Ulcerationen der bedeckenden Weichtheile. Gleichzeitig erkrankten Pharynx und Larynx und die Affectionen dieser Gebilde führten zu ulcerösen Destructionen. Vor 4 Jahren zeigten sich zuerst Geschwüre an der Nase und im Gesichte, und jetzt sieht man einen grossen Theil der Nase, sowie den mittleren Theil der Oberlippe durch Ulcerationen vollständig zerstört. Ausserdem finden sich auf der rechten Wange ein thalergrosses, bis zum Oberkieferknochen reichendes, tiefes Geschwür. Harter und weicher Gaumen sind fast gar nicht mehr vorhanden. Auf der hinteren Rachenwand zeigen sich tiefe Narben und von der Epiglottis ist nur ein schmaler verdickter Rest vorhanden. An den Oberschenkeln sieht man zahlreiche Narben, sowie an den Unterschenkeln, an welchen auch Hyperostosen der Tibiae deutlich wahrnehmbar sind. An den Augen sind Reste einer vor 3 Jahren aufgetretenen und mit Jodkalium behandelten Keratitis. Das Individuum ist im Allgemeinen in der Entwicklung sehr stark zurückgeblieben.

Was die Infection anbelangt, so soll der Vater des besprochenen Individuums 3—5 Monate nach der Schwängerung seiner Frau ein Geschwür gehabt haben; die Mutter erinnert sich nur „Warzen" an den Genitalien gehabt zu haben.

An eine Verwechslung mit Lupus, meint Lewin, kann nicht gedacht werden, wegen der Anwesenheit von Knochenauftreibungen.

Im weiteren Verlaufe seiner Arbeit bespricht Lewin als Charakteristicum für Syphilis hereditaria die Veränderung der Epiphysen an den Röhrenknochen, welche sich von der Diaphyse mehr oder minder leicht ablösen lassen. Lewin meint, dass dieses Symptom sehr oft das einzige ist, welches eine bestimmte Diagnose intra vitam gestatte, und zwar genügt ihm eine vorhandene abnorme Beweglichkeit und Crepitation zwischen Epi- und Diaphyse. Lewin hält diese

Knochenerkrankung für gummös und nicht für entzündlich, wie Wegner, und reiht sie den Virchow'schen Granulationsgeschwülsten an.

Schiff.

In einer eingehenden Untersuchung, welche 318 Familien von syphilitischen Eltern umfasst, gelangt Thoresen (28) zum Schlusse, dass ein ätiologischer Zusammenhang zwischen Syphilis und Phthisis nicht nachweisbar sei.

Poray-Koschitz beobachtete eine interessante Art von Syphilisverbreitung (29). Bei 3 Arbeitern in einer Kürschnerwerkstätte waren an den Lippen primäre Affectionen, an den Genitalien secundäre, beim 4. am Penis Symptome älterer Ansteckung bemerkt worden. Die Infection wurde durch einen gemeinschaftlich benutzten Knäuel von Zwirn vermittelt, dessen Faden durch den Mund gezogen und dann abgebissen wurde. Dadurch wurden die Lippen erodirt und dann inficirt.

30. Balogh. Ueber äusserlich angewendete Quecksilbermittel. (Verhandl. der Pester med. Gesellsch., 22. April 1876. Pester med. Presse, Nr. 18, 1876.)

31. Monti. Ueber die Behandlung der angebornen Lues mit Ferrum jodatum saccharatum. Dr. A. Monti. (Jahrb. f. Kinderk. IX. B. 3. H.)

32. Die Parlamentsacte in Betreff contagiöser Krankheiten (The contagious Diseases Act) und ihre Wirkung auf die Civilbevölkerung. (British medical Journal 8. 15. July 1876.)

Experimente an Kaninchen haben Balogh (**30**) gelehrt, dass 33 Mgrm. regulinisches fein zertheiltes Quecksilber auf 10 Grm. Körpergewicht bei Einreibungen (grauer Quecksilbersalbe) tödtlich wirken. Er ist der Ansicht, dass das Quecksilber bei der Körpertemperatur in Folge seiner Spannung sich verflüchtigt und in Gasform von der Gewebsflüssigkeit, ferner von dem Blute absorbirt wird und so in den ganzen Körper sich verbreitet. Salben von schwarzem Quecksilberoxydul und gelbem Quecksilberoxyd tödten in geringeren Dosen. Diese Verbindungen dringen (so wie Hg. bei der grauen Salbe) durch die Haarbälge in die Talgdrüsen ein. Daselbst entsteht buttersaures Quecksilber.

Es gelangt durch Diffusion in's Blut und verbrennt, regulinisches Quecksilber zurücklassend, welches gleich in Statu nascenti in Gasform sich umwandelt und so den Körper durchdringt. Baldriansaures und capronsaures Quecksilber bleibt in den Talgdrüsen, erleidet hier theilweise Zersetzungen, bis endlich regulinisches Quecksilber ausgeschieden wird. Oelsaure Lösungen des gelben Quecksilberoxyds sind äusserst wirksam, wenn sie in die Haut eingerieben oder gar subcutan injicirt werden. Die leicht oxydirbare Oelsäure verbrennt ziemlich schnell; es entsteht regul. Quecksilber. Der äusserst feinen Zertheilung und somit schnelleren Verflüchtigung des regul. Quecksilbers während seines Entstehens aus seinen Verbindungen und Lösungen verdanken Oxydul und Oxyd die grössere Wirksamkeit. In Quecksilberchlorid-Albuminatlösung scheint das Quecksilber ebenfalls regulinisch vorhanden zu sein. Quecksilberchlorid, Quecksilberdiäthyl und Quecksilberäthylchlorid wirken so wie die anderen Quecksilbermittel. B. sieht die endliche fettige Entartung als ein charakteristisches Merkmal für die Quecksilberwirkung an und meint, dass die Quecksilberpräparate die syphilitischen Gewebsbildungen vorzüglich dadurch zum Schwinden bringen, dass sie ihre Neigung zur fettigen Degeneration befördern.

Monti will (**31**) im Ferr. jodat. sach. ein Mittel gefunden haben, welches vor anderen antisyphilitischen Behandlungsmethoden der hereditären Syphilis den Vorzug haben soll, die Anämie viel besser zu beseitigen und dadurch Recidiven und Nachkrankheiten zu verhüten. Neugebornen Kindern gibt M. täglich 2—3 Dosen von 0·02, 3 Monate bis 1 Jahr alten täglich 2—5 Dosen von 0·03—0·04, Kindern von 1—2 Jahren täglich 3—4 Dosen von 0·04—0·06 und so lange fortgesetzt, bis auch Anämie und Milztumor geschwunden sind.

Die Involution der Erscheinungen der Lues auf den Gebrauch von Ferr. jodat. sach. erfolgt langsamer (wenn überhaupt Ref.) als auf den Gebrauch von Mercur. Man soll es nicht anwenden, wenn es sich um die rasche Beseitigung gefährlicher Symptome handelt.

Die Ernährung der Kinder soll dabei zunehmen, die Anämie rasch abnehmen, die Recidiven treten später und milder auf als die nach der Quecksilberverabreichung, Nachkrankheiten werden nicht verhütet. (Das zu beweisen ist schwierig. Ref.)

Im Jahre 1866 wurden (**32**) 12 der Haupthafen- und Garnisonsstädte Englands unter die Contagious Diseases Act gestellt und damit

die Möglichkeit ärztlicher und polizeilicher Controle über die dort liegenden See- und Landtruppen und die weibliche, der Prostitution dienende Bevölkerung gegeben. Gegen diese deutschen Begriffen völlig entsprechende Bestimmung macht sich in England fortwährend eine sehr heftige und von hervorragenden Leuten unterstützte Opposition geltend, die in der Behinderung der individuellen Selbstbestimmung, welche durch das betreffende Gesetz involvirt wird, ihren vorzüglichsten Angriffspunkt findet. Und da der Begriff der persönlichen Freiheit wohl nirgend so weit ausgebildet erscheint, wie in England selbst, die Opposition also ein von Allen hochgeachtetes nationales Gut vertritt, wenn auch gewiss in völlig verkehrter Auffassung der Verhältnisse, die von modificirendem Einflusse sein müssten, so ist eine weitere Ausdehnung der Wirksamkeit der Contagious Diseases Act bis jetzt nicht möglich gewesen. Von Interesse mag es da erscheinen, die statistische Aufstellung im Referat wiederzugeben, die zur Beurtheilung der Erfolge des angezogenen Gesetzes der statistischen Gesellschaft von dem Parlamentsmitgliede J. Stansfeld vor Kurzem vorgelegt wurde, und die das British medical Journal zur Anknüpfung weiterer statistischer Betrachtungen benützt.

Da die statistischen Ausweise der Land- und Seemacht nur Fälle von Gonorrhöe und primären Geschwüren (primary sores) umfassen, eine derartige nationale Krankheitsregistrirung aber in England noch nicht besteht, können diese nicht als Basis für ähnliche Untersuchungen, die die ganze Bevölkerung betreffen, dienen. Wohl aber können hierzu die nationalen Todtenregister herangeholt werden, soweit sie Fälle von Syphilis als Todesursache aufweisen, wenn sie auch sicherlich nicht die wirklich erreichte Höhe derartiger Todesfälle aus begreiflichen Ursachen angeben; auf der anderen Seite aber kann das Gros der Aerzte, welche die Todesursachen des einzelnen Individiums in England constatiren, wohl nicht einer Parteilichkeit angeklagt werden, soweit es sich um die Angabe von Syphilisfällen in den von dem Gesetze beschützten oder unbeschützten Gegenden handelt.

Ausgehend von diesen Gründen werden nun die Zahl der Todesfälle von Syphilis in den seit 1866 unter der contagious diseases act stehenden Distrikten sowohl vor als nach dem Inkrafttreten der Acte betrachtet und auch die gewonnenen Resultate mit ähnlichen Ziffern aus anderen Theilen Englands verglichen, die nie unter der Botmässigkeit der Acte standen. Von den der Untersuchung unterzogenen Militär-

distrikten wurde einer, Woolwich, weil zu nahe an London und daher zu schwer zu controlliren, von derselben ausgeschlossen. Als Basis der Vergleichung dienten die 5 unmittelbar der Einführung der Acte vorhergehenden Jahrgänge 1861—65 und die 5 nach völliger Einführung derselben folgenden Jahrgänge 1870—74. Es ergibt sich nun, dass während in jenen Districten 1868 492.408 Menschen und 1871 551.341 lebten, dort in den 5 Jahren 1861—65 354 an Syphilis starben und 1870—74 nur 303 oder 1861—65 140·7 per Million Lebender und 1870—74 nur 108·4 per Million. Es ergibt dies also eine Verminderung der Todesfälle um 21 % in den der Akte unterworfenen Bezirken während 5 Jahre. Auf der anderen Seite geben aber die Register der nicht der Akte unterworfenen anderen Bezirke Englands und Wales in den Jahren 1861—65 66·1 Todesfälle von Syphilis auf 1 Million Lebender und 1870—74 eine Vermehrung derselben auf 79·7 Todesfälle per Million, im Ganzen also eine Vermehrung der Syphilis-Todesfälle um 21 %. Wenn nun auch schwerlich bei der geringen Zahl von Todesfällen, die jährlich der Syphilis zugeschrieben werden, sich für die einzelnen Jahre entscheidende Schlüsse ziehen lassen, so ergibt die Gruppirung der beiden fünfjährigen Perioden zuverlässige Resultate. So war die Zahl der Todesfälle in den 11 Militärdistrikten in den fünf Jahren 1861—65 (vor der Einführung der Contagious Diseases Act) mehr denn doppelt so gross als das in dem ganzen Rest von England und Wales sich ergebenden Mittel: es war wie 213 zu 100 und ergab ein Mehr von 113 % in den 11 Distrikten — dagegen sank dieses Plus von 113 % in der zweiten Periode 1870—74 in denselben Städten auf 36 %, ein für die Wirksamkeit der Acte gewiss deutlich sprechendes Factum.

Auffallenderweise ergab die zweite Periode keinen Abfall in der Sterblichkeit der Kinder an congenitaler Syphilis, indem den 211 Todesfällen der ersteren Periode 212 der zweiten gegenüberstehen. Auf die Eruirung der bezüglichen Ursachen hierfür wird nicht weiter eingegangen, verstehen lässt sich dagegen, dass die Wirksamkeit der Acte auf Erkrankung und Sterblichkeit der Erwachsenen sich prompter geltend machte als auf die Sterblichkeit der Kinder an congenitaler Syphilis. So zeigte sich bei den Erwachsenen 1870—74 eine Abnahme von 91 gegen 143 innerhalb 1861—65, was einem Abfall von 36 % bei den Erwachsenen gleichkommt.

Interessant ist hierbei ferner, dass das Abfallsverhältniss bei Männern und Frauen mit 36·2 % Todesfällen bei ersteren und 36·5 % bei letzteren fast ganz gleich ist.

Diese die Wirksamkeit der Contagious Diseases Act überzeugend illustrirenden Data würden noch beweisender sich präsentiren, wenn nicht, was genauerer Untersuchung bedarf, in 2 der 11 Distrikte, in Plymouth und Devonport, die Todesfälle von 1870—74 mit 197·8 per Million Lebender denen von 1861—65 mit 197·5 völlig gleichgeblieben wären, und so das Abfallsverhältniss bedeutend niedriger gehalten hätten. Jedenfalls aber muss, falls ein bestimmtes Verhältniss zwischen Todesfällen an Syphilis und Erkrankungen an venerischen Leiden, wie vorauszusetzen, angenommen werden kann, der Abfall in den Todesfällen von Syphilis in den 11 Militärdistrikten eine proportionell gleiche Verminderung in der Zahl von Syphilisfällen bei der Civilbevölkerung bedeuten.

Schumacher II. Aachen.



Buchanzeige.

Lehrbuch der Hautkrankheiten von F. Hebra und M. Kaposi. II. Bd. 3. Lieferung (des Handbuches der spec. Pathologie und Therapie, herausgeg. von Virchow. III. Bd. 2. Abth. 3. Lief.)

Mit der dritten, vor Kurzem erschienenen Lieferung liegt nun das Werk Hebra-Kaposi's vollendet vor uns. Diese Lieferung, von Kaposi allein bearbeitet, enthält die 10., 11. und 12. Classe (Ulcera cutanea, Neuroses cutaneae, Dermatoses parasitariae) des Hebra'schen Systems. Bruchtheile davon sind schon früher publicirt worden (s. d. Viertelj. 1875 pag. 55 und 1876 pag. 365, ferner Kaposi's Atlas der syphilitischen Erkrankungen.) Wir haben über die vorhergegangenen Lieferungen dieses Werkes, welches die Anschauungen des Gründers der Wiener dermatologischen Schule, Hebra, getreu wiedergibt und dieselben durch mannigfache Erweiterungen und Ausführungen dem heutigen Standpunkte der medicinischen Wissenschaft adäquat macht, wiederholt gesprochen. Es erübrigt beizufügen, dass die letzte Lieferung das werthvolle Werk würdig abschliesst, dass es von gründlicher Bearbeitung des Stoffes beredtes Zeugniss ablegt, und dass es durch seine klare Fassung und bisweilen sehr belebte Darstellung das Interesse auch desjenigen Lesers fesselt, welchem die darin besprochenen Themata nicht fern stehen. Einige ziemlich deutlich ausgeführte Holzschnitte unterstützen das Verständniss in passender Weise.

Auspitz.

Bibliographie des Jahres 1876.

II. Verzeichniss.

(Fortsetzung von Jahrg. 1876 pag. 476.)

Dermatologie und Vaccine.

Alexander, Reginald, Purpura haemorrhagica. Lancet I. 22; May p. 776.

Almström, S., Erysipelas phlegmonosum capitis mit Blutung zwischen Galea aponeurotica und Cranium. Upsala läkarefören. förhandl. XI. 5. S. 382.

Baudot, E., Angeblicher Lupus. Gaz. hebd. 2. S. XIII. 13.

Bauer, Anton, Ueber Vaccination u. Revaccination. Mitth. d. Ver. d. Aerzte in Niederösterreich. II. 2, 3, 4. p. 26, 34, 52.

Baylis, C. O., Ueber Beschränkung u. Verhütung d. Scharlachs. Sanitary Record IV. 97; May.

Béhier, Epitheliom d. Haut; consecutives Erysipel. L'Union 64, 65.

Bergeron, J., u. A. Proust, Ueber Chinineruptionen. Ann. d'Hyg. 2. S. XLV. p. 482. May.

Bergh, R., Fälle von Molluscosis fibrosa. Hosp.-Tidende 2. R. III. 15—17.

Bernoulli, Daniel, Recidivirendes Scharlachexanthem. Schweiz. Corr. Bl. VI. 5.

Bourguignon, H., Ueber Behandlung d. Psoriasis mit schwefelsaurem Kalk. L'Union 44.

Bradley, S. Messenger, Naevus, behandelt mittelst wiederholter Injectionen mit Carbolsäure. Brit. med. Journ. April 8.

Broadbent; Elkington, Fälle von recurrirendem Scharlach. Brit. med. Journ. April 1. p. 411.

Broom, John, Unregelmässige Entwicklung von Vaccinepusteln. Brit. med. Journ. May 6. p. 565.

Bulkley, L. Duncan, Ueber locale Behandlung gewisser Hautkrankheiten. Arch. of Dermatol. II. 3. p. 212, 220. April.

Carraro, Giovanni, Ueber animale Vaccine. Gaz. Lomb. 7. S. III. 15.

Da Costa, Psoriasis diffusa vel chronica. Philad. med. and surg. Reporter 14. XXXIV. 8. p. 140. Febr.

Davis, William B., Ueber die Revaccination während einer Pockenepidemie in Cincinnati. Boston med. and surg. Journ. XCIV. 5. p. 119. Febr.

Dieu, Uebertragung des Herpes circinatus vom Pferde auf den Menschen. Gaz. des Hôp. 39.

Duhring, Louis A., Eier von unbekanntem Ursprung an Haaren von Menschen. Arch. of Dermatol. II. 3. p. 216. April.

Dumas, Adolphe, Ueber durch Chinin bedingte Eruptionen. Journ. de Thér. III. 8. p. 288. Avril 25.

Dumontpallier, Abnormer Verlauf der Vaccination. Gaz. de Par. 23. p. 259.

Eisenschitz, J., Ueber d. Behandlung d. Säuglings b. Variola d. Mutter. Wien. med. Wochenschr. XXVI. 20.

Féréol, Recidivirendes scarlatiniformes Pseudoerisypel. L'Union 29.

Finni, J. Magee, Dermatitis exfoliativa oder Pityriasis rubra. Dubl. Journ. LXI. p. 234. (3. S. Nr. 51.) March.

Fontenay, O. E. de, Ueber Abortivbehandlung d. Erisypelas migrans. Hosp.-Tidende 2. R. III. 15.

Foot, A. W., Allgemeines Xanthelasma planum mit Ikterus. Dubl. Journ. LXI. p. 453. May.

Fox, Tilbury, a) Ueber Hutchinson's »Cheiro-Pompholyx«. Lancet. I. 16; April. — b) Ueber Morphea, Addison's Keloid, ibid. 24; June.

Fox, Tilbury; Wm. Cumming, Ueber Dysidrosis und Cheiro-Pompholyx. Lancet I. 18; April p. 651.

Gamborg, Bericht über d. Abth. f. Hautkrankheiten im Reichshosp. zu Christiania f. d. J. 1874. Norsk Mag. 3. R. VI. 4. S. 213.

Gassot, Anomale Vacine. Gaz. des Hôp. 60.

Geber, Eduard, Ueber das Wesen d. Impetigo contagiosa (Fox) oder parasitaria (Kohn). Wiener med. Presse XVII. 23, 24.

Goetz, E., Ueber die Bedeutung d. Hautaffectionen. L'Union 62.

Grancini, Gioachino, Ueber animale Vaccination. Gazz. Lomb. 7. S. III. 9.

Grimshaw, Thomas Wrigley, Ueber Pocken und deren Beziehung zu Cerebrospinalmeningitis. Dubl. Journ. LXXI. p. 405. May.

Hale, James J., Purpura. The Clinic X. 20; May.

Hiller, Arnold, Ueber das Contagium der Kuhpocken. Med. Centr. Bl. XIV. 20, 21.

Hutchinson, Jonathan, Ueber »Cheiro-Pompholyx«. Lancet I. 17, 18; April.

Hutchinson, Jonathan, Ueber traubenförmige Anordnung bei Hautkrankheiten als Kennzeichen des nervösen Ursprunges derselben. Brit. med. Journ. May 20.

Impfwesen, Regelung dess. im Grossherzogthum Weimar. Thür. Corr. Bl. V. 3. p. 71.

Kaposi, Moriz, Ueber d. pflanzl. Parasiten d. Haut. Wien. med. Jahrb. 9,; Verh. d. Gesellsch. d. Aerzte 24. p. 136. — Wien. med. Presse XVII. 19. p. 645.

King, Enoch W., Purpura haemorrhagica, behandelt durch subcutane Ergotininjection. Amer. Journ. N. S. CXLII. p. 593. April.

Koerner, Eduard Ernst Rob., Ueber Scharlachrecidive. Inaug.-Diss. Leipzig, Druck von B. G. Teubner. 8. 25 S. — Jahrb. für Kinderheilk. N. F. IX. 4. pag. 362.

Koren, Scarlatina; Nephritis; Urämie; Heilung. Norsk Mag. 3. R. VI. 5. Ges.-Verh. S. 66.

Kuntz, Ueber die Ausübung der Impfung durch Wundärzte. Deutsche med. Wochenschr. II. 24. (Med. Beamten-Ztg. 6.)

Laboulbène, Hautaffection bei einem mit Anilin beschäftigten Arbeiter. Gaz. des hôp. 37. p. 293.

Lailler, Ueber Trichophyton und Pityriasis versicolor. Gaz. des Hôp. 25.

Laird, B. F., Ueber Variola. Philad. med. and surg. Reporter XXXIV. 19. p. 364. May.

Lewin, G., Ueber das Erythema exsudativum. (Vorl. Mitth.) Berl. klin. Wochenschr. XII. 23.

Lombroso, Behandl. von Hautkrankheiten mit Oel von verdorbenem Mais. Med. Centralbl. XIV. 18.

Mackey, Edward, Innerliche Anwend. von Theer bei Psoriasis. Brit. med. Journ. March. 4. p. 287.

Marchal, Ueber Cauterisation und Exstirpation b. Lupus d. behaarten Kopfhaut. Bull. de Thér. XC. p. 259. Mars 30.

Martineau, Behandlung der Pityriasis capitis mit chloralhaltigen Lösungen. Gaz. des Hôp. 27.

Mauriac, Charles, Ueber neuralgische Herpes d. Genitalorgane. Gaz. des Hôp. 26, 28, 29, 65.

Morice, Albert, Ueber die Dengue (fièvre éruptive des pays chauds) und ihre geographische Verbreitung. Paris 1875. A. Delahaye. 8. 62 pp.

»Mucor«, Ueber Contagiosität d. Leprose. Med. Times and Gaz. May 13.

Neumann, Isidor, Lehrbuch der Hautkrankheiten 4. Aufl. Wien, Braumüller. 8. XVI. u. 688 S. mit Holzschnitten. 15 Mk.

Neumann, Isid., Ueber Pemphigus. Wien. med. Jahrbücher IV. Verh. d. Ges. d. Aerzte 15. p. 78.

Ortéga, Ueber Behandl. übelriechender Fussschweisse mit Chloral. Bull. de Thér. XC. p. 173. Févr. 29.

Pick, Ueber d. Erythema multiforme. Prag. med. Wochensch. I. 20.

Pincus, J., Die Krankheiten des menschl. Haares u. d. Haarpflege. (Medicin. Hausbücher 24.—27. Heft.) Berlin, Denike. 8. VIII. u. 124 S. à Hft. 30 Pf.

Risel, O., Zur Pathologie des Herpes zoster. Deutsche med. Wochenschrift II. 23.

Rossi, Giacinto, Ueber Heilung von Hautkrankheiten durch die Tinctur von verdorbenem Mais. Riv. clin. 2. S. IV. 4. p. 115.

Rufz de Lavison, Ueber Lepra. Bull. de l'Acad. 2. S. V. p. 378. Avril 4., mit Bezug auf eine Discussion p. 189, 319, 355. Févr. 29, Mars 14, 28.

Schönfeldt, J. E. E., Ueber die Tilgung der Empfänglichkeit für Blattern und andere acute Infectionskrankheiten. Virchow's Arch. LXVII. 1. p. 92.

Sinnhold, R., Ueber vaccinales Früh-Erysipel. Jahrb. f. Kinderheilkunde. N. F. IX. 4. p. 383.

Smith, Henry, Eczema hypertroph. d. Unterschenkels; Amputation. Lancet I. 18; April. p. 636.

Squire, Balmanno, Ueber Behandlung d. Psoriasis. Brit. med. Journ. March 11. p. 311.

Squire, Balmanno, Behandl. d. chron. Eczem mit Glycerol von Plumb. subaceticum. Med. Times and Gaz. March 18, 25.

Steiner, Martin, Die hydropath. Behandlung d. Scarlatina. Wien. med. Presse XVII. 12.

Talbot, R. C., Scharlach neben Masern. Philad. med. and surg. Reporter XXXIV. 17. p. 323. April.

Trnka, Wahres Keloid. Militärarzt. X. 9. p. 78.

Vaccination in England. Public Health IV. April 22.

Völckers, Ueber Vaccinelymphe u. ihre Aufbewahrung. Vjhschr. f. gerichtl. Med. N. F. XXIV. 2. p. 375. April.

Vogt, Ueb. Bezug d. Impfstoffs. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXIII. 16.

Voigt, Leonhardt, Die animale Vaccine in d. Hamburger Impfanstalt. Deutsche Vierteljahresschr. für öffentl. Gesundheitspflege VIII. 3. p. 542.

Wathen, J. Hancocke, Behandl. d. chron. Eczem mit Glycerol v. Plumb. subaceticum. Med. Times and Gaz. April 29.

Wernich, A., Ueber Lepra anaesthetica in Japan. Virchow's Arch. LXVII. 1. p. 146.

White, James C., Ueber Fälle von Hautkrankheiten. Boston med. and surg. Journ. XCIV. 7. 18. p. 171. 500. Febr., May.

Wigglesworth, Edward, Ueber Anwendung d. Curette b. Hautkrankheiten. Boston med. and surg. Journ. XCIV. 6. p. 143. Febr.

Wigglesworth, Edward, Fibrome der Haut und der darunter liegenden Gewebe. Arch. of Dermatol. II. 3. p. 193. April.

Wilks, Hydrops scarlatinosus; Convulsionen; Venaesection; Heilung. Lancet I. 12. March p. 422.

Syphilis.

Althaus, Julius, Nervenleiden nach Tripper, behandelt mittelst Galvanisation. Med. Times and Gaz. April 8.

Bamberger, H. v., Ueber hypodermat. Anwendung von löslichem Quecksilberalbuminat. Wiener med. Presse XVII. 11. — Wiener med. Wochenschr. XXVI. 11. (Darstellung des Präparats vgl. das. 14.)

Duffin, Alfred B., Multiple Paralyse syphilit. Ursprungs. Med. Times and Gaz. March 18.

Engelsted, S., Ueber angeborene Syphilis. Ugeskr. f. Läger. 3. R. XXI. 13, 14.

Gaskoin, George, Ueber Syphilis. Med. Times and Gaz. April 22.

Goldstein, L., Zur Lebersyphilis. Berl. klin. Wochnsch. XIII. 19.

Hardy, Syphilis maligna praecox. Gaz. des Hôp. 56.

v. Harlingen, Arthur, Eczemähnliche syphilitische Eruption an der behaarten Kopfhaut. Arch. of Dermatol. II. 3. p. 217. April.

Heiberg, H., Arterienaffection bei Syphilis. Norsk. Mag. 3. R. VI. 5. Ges. Verh. S. 55.

Hill, Berkeley, Tertiäre Syphilis des weichen Gaumens u. Pharynx. Lancet I. 17; April.

Horteloup, Ueber Syphilis. L'Union 57.

Hutchinson, Jonathan, Ueber die Pathologie der Syphilis. Med. Times and Gaz. April 8. — Brit. med. Journ. April 8.

Keyes, E. L., Syphilitische Affectionen der Schleimbeutel. Amer. Journ. N. S. CXLII. p. 349. April.

Keyfel, Anton, Angeborene Syphilis bei Infection des Vaters. Bayer. ärztl. Intell. Bl. XXIII. 21.

Kolaczek, Framboesia syphilitica. Deutsche med. Wochnsch. II. 14.

Lancereaux, E., Arteriitis syphilitica im Gehirn. Gaz. des Hôp. 27.

Mason, Francis, Ueber Manifestationen d. Syphilis an d. Zähnen. Lancet I. 20; May p. 723.

Mauriac, Charles, Ueber die Syphilis-Behandlung mit Quecksilber-Räucherungen. Paris 1875. A. Delahaye. 8. 19 pp. 1Frc.

Mauriac, Charles, Ueber Syphilis in d. Nasen-Rachenhöhle. Gaz. de Par. 6, 9, 12, 17, 20. — Bull. de Thér. XC. p. 150. Févr. 29.

Mauriac, Charles, Ueber intermittirende Aphasie u. rechtsseit. Hemiplegie bei Syphilis. Gaz. hebd. 2. S. XIII. 14, 20.

Mercier, Hirnsyphilis mit Koma. Arch. gén. 6. S. XXVII. p. 614. Mai.

Mulreany, Josef, Gonorrhoische u. syphilitische Affectionen des Hodens. Philad. med. and surg. Reporter XXXIV. 16. p. 301. April.

Myrtle, S., Hereditäre Syphilis. Brit. med. Journ. May 6.

Ory, Ueber die Aetiologie der frühzeitigen malignen Syphilide. Paris, J. B. Baillière et fils. 8. — Vgl. Gaz. des Hôp. 25.

v. Sigmund, Ueber Prophylaxe d. Syphilis. Wien med. Wchnschr. XXVI. 10, 12, 15.

v. Sigmund, Ueber Verbandmittel u. Verbandweise bei Syphilisformen. Wien med. Wochenschr. XXVI. 17.

Smith, Thomas, Ueber Pathologie d. Syphilis. Brit. med. Journ. March 25. p. 391.

Smith, T. Curtis, Ungewöhnl. syphilit. Knochenvergrösserung. Arch. of Dermatol. II. 3. p. 219. April.

van der Star, W. H., Ueb. d. Ursache d. Phagedaenismus und dessen Behandlung. Nederl. Weekbl. 20.

Taylor, R. W., Uebertragung der Syphilis durch die Vaccination. Arch. of Dermatol. II. 3. p. 203. April.

Vaffier, Ueber Rheumatismus b. Syphilis. Journ. de Brux. LXII. p. 143. Févr.

Voisin, Jules, Ueber syphilitische Gelenksleiden. Paris. A. Delahaye. 8. $2^1/_2$ Frcs. — Vgl. Gaz. des Hôp. 29.

Weisflog, Gustav E., Zur Behandl. phagedänischer Geschwüre. Virchow's Arch. LXVI. 3. pag. 311.

Wewer, Ueber Milzgeschwulst bei frischer syphilitischer Infection. Deutsch. Arch. f. klin. Med. XVII. 4. u. 5. p. 49.

Zeissl, H., Grundriss d. Pathologie und Therapie d. Syphilis u. der mit dieser verwandten vener. Krankheiten. Stuttgart. Enke. 8. XII. und 366 S. 8 Mk.



Autoren- und Sachregister.

A.

B.

C.

D.

J.

K.

Seite

N.

O.

P.

R.

S.

T.

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer).





z. Hebra. Pityriasis rubra.

Lith. Anst. v. Appel & Comp. Wien. Lith. v. F. Schima













